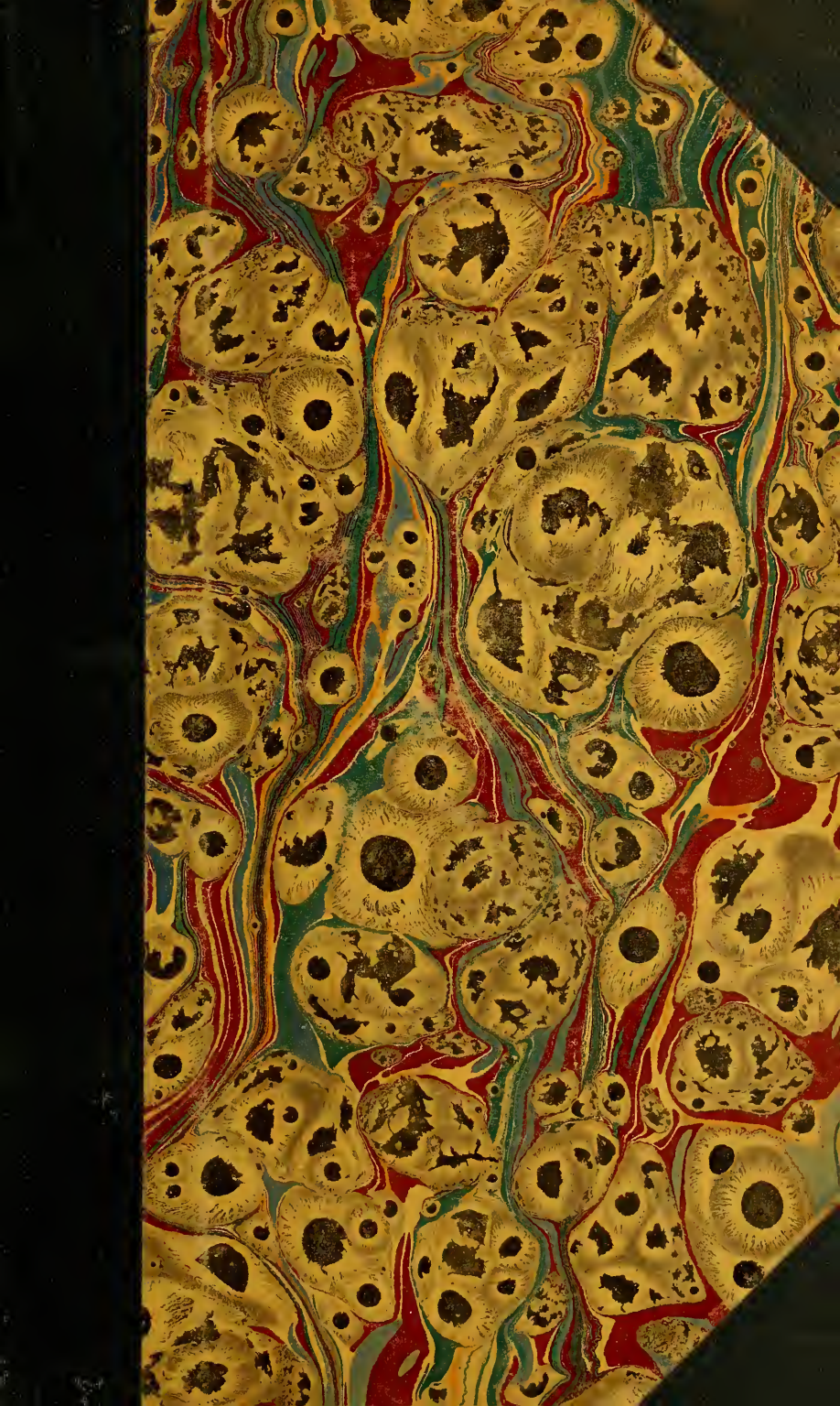

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/mmoiresurlesh00boiv

MÉMOIRE

SUR

LES HÉMORRAGIES INTERNES

DE L'UTÉRUS.

IMPRIMERIE DE MADAME HUZARD
(née Vallat la Chapelle).

MÉMOIRE

SUR

469

LES HÉMORRAGIES INTERNES

DE L'UTÉRUS,

QUI A OBTENU LE PRIX D'ÉMULATION AU CONCOURS OUVERT (EN 1818) PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS;

PAR Mme. VEUVE BOIVIN,

AUTEUR du Mémorial de l'Art des Accouchemens; de la Traduction du Nouveau Traité des Hémorragies de l'Utérus; ancienne élève, ex-surveillante en chef à l'hospice de la Maternité; maîtresse Sage-Femme Surveillante en chef de la maison royale de Santé; gratifiée de la médaille d'or du Mérite civil de Prusse :

SUIVI

DES APHORISMES D'ANDREW BLAKE,
Sur les Hémorragies utérines.

A PARIS,

CHEZ { GABON, libraire, rue et à côté de l'École de Médecine;
BÉCHET, libraire, rue de l'Observance.

JUIN 1819.

24.X.168

Ce Mémoire fait suite au *Nouveau Traité des Hémorragies* publié par Mme. Boivin.

BOSTON MEDICAL
JAN 7 1905
LIBRARY.

2225

A

M. le Baron DUBOIS,

Chevalier de la Légion d'Honneur, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien - Accoucheur en chef de l'Hospice de la Maternité, Chirurgien en chef de l'École clinique de perfectionnement, de la Maison Royale de Santé, etc., etc.

Monsieur le Baron,

Ce Mémoire renferme plusieurs propositions qui vous appartiennent : le temps m'a manqué pour leur donner le développement dont elles sont susceptibles. Les nouvelles fonctions auxquelles j'ai été appelée depuis, dans un Établissement qui jouit de toute la célébrité attachée à votre nom, ne me lais-

sant point assez de loisir pour m'occuper encore de ce travail, je le publie, à-peu-près, tel qu'il a été adressé à la Société savante qui l'a honoré d'une distinction particulière. Si j'eusse pu faire mieux et obtenir davantage, reportant vers vous mes succès, je vous aurais dit, avec le poëte italien :

Tu sei lo mio Maestro . . . .
Tu sei solo colui da cu' io tolsi
Lo bello stelle che m' ha fatto honore.

Mais, tout faible qu'il soit, veuillez, avec votre bienveillance accoutumée, agréer cet hommage de la respectueuse reconnaissance de celle qui a l'honneur d'être,

Monsieur le Baron,

Votre ancienne élève,

Veuve BOIVIN.

EXTRAIT

Du Rapport de la Commission chargée, par la Société de Médecine de Paris, de l'examen des Mémoires envoyés au Concours, en réponse à cette question :

« Déterminer la nature, les causes et le traite-
» ment des hémorragies internes de l'utérus,
» qui surviennent pendant la grossesse, dans
» le cours du travail et après l'accouche-
» ment. »

Membres de la Commission :

MM. Ané, Devilliers, Nacquart, Roux, Sedillot jeune, et Lagneau rapporteur.

Ces Mémoires, au nombre de quatre, portent pour épigraphes :

Le N°. Ier.

Et erit mihi magnus Apollo.

Le N°. 2.

Nil fingendum, aut excogitandum, sed inveniendum quid natura faciat, aut ferat.

Le N°. 3.

Floriferis ut apes in saltibus omnia libant;
Omnia nos itidem depascimur aurea dicta.

Le N°. 4.

En physique comme en morale, les maximes et les préceptes ne suffisent pas, il faut des exemples.

RAPPORT de la Commission sur le Mémoire N°. 4, *portant pour épigraphe :* En physique, etc.

«Avant d'aborder la question principale, l'auteur consacre plusieurs chapitres à la description de l'utérus et de ses annexes. Il indique avec beaucoup de détails les différens changemens qu'éprouvent ces organes aux époques de la menstruation et pendant la grossesse. Ces notions préliminaires sont claires, méthodiques et bien développées. Viennent ensuite des considérations, non moins étendues, sur les hémorragies utérines, autres que celles dues à l'état de grossesse, et sur celles qui, survenant dans le cours de la gestation, ne méritent pourtant pas le nom d'hémorragies utérines. Ce n'est réellement qu'à la moitié de son mémoire que l'auteur entre tout-à-fait dans la question.

» Cette deuxième partie de l'ouvrage se fait remarquer par des recherches utiles et de sages discussions sur des points importans de la science. Ici l'auteur, se demandant pourquoi les pertes utérines présentent un danger si imminent, cherche à découvrir si la gravité de cet accident est toujours proportionnée à la quantité du sang épanché: plus loin, il donne un bon article sur les tumeurs variqueuses qui surviennent aux parties génitales externes pendant le travail de l'accouchement; ailleurs, commentant les faits par lesquels on a voulu établir l'existence des hémorragies internes, occasionnées par la rupture du cordon ombilical, et s'appuyant sur des observations qui lui sont propres, il élève des doutes sur la réalité de cette cause des pertes utérines.

» En général, ce Mémoire est rédigé avec soin : il brille sur-tout par un esprit d'ordre et une méthode qui méritent de grands éloges. Mais on est forcé de reconnaître que l'auteur, tout en faisant preuve de beaucoup de savoir, s'est un peu trop arrêté aux généralités par lesquelles commence son travail, de sorte qu'on pourrait presque dire que, plus tard, le temps lui a manqué pour déployer, sur les points qui ont le plus de rapports avec l'objet du concours, cette richesse de connaissances pratiques qu'on aime à trouver dans les productions de ce genre. Votre Commission a jugé

en outre que ce médecin (1), en ne traitant pas d'une manière spéciale des hémorragies utérines internes, n'avait pas entièrement répondu aux vues de la Société. Elle vous propose néanmoins de lui accorder une médaille d'émulation en argent, son mémoire annonçant d'ailleurs un homme instruit, et très-capable de mieux faire encore, si l'arène s'ouvrait pour une nouvelle lutte. »

« La Société, ayant entendu le rapport de la Commission spéciale pour l'examen des Mémoires qui lui sont parvenus sur la question relative aux *Pertes utérines internes*, adopte en entier ce rapport et ses conclusions. »

---

(1) L'auteur ne s'est fait connaître qu'après la publication du rapport.

ERRATA.

Page 31 ligne 23, au lieu de abondent, lisez : *abordent.*

64 23, au lieu de l'intérieur, lisez : *l'extérieur.*

92 4, au lieu de perte utérine, lisez : perte *interne.*

BOSTON MEDICAL LIBRARY.

INTRODUCTION.

« *Déterminer la nature, les causes et le traitement* » *des hémorragies internes de l'Utérus, qui* » *surviennent pendant la grossesse, dans le* » *cours du travail et après l'accouchement.* »

En physique comme en morale, les maximes et les préceptes ne suffisent pas, il faut des exemples.

La question proposée par la Société est une des plus intéressantes qui aient été présentées pour l'objet d'un concours. On a déjà beaucoup écrit sur les hémorragies utérines : en Angleterre, *Rigby*, *Duncan;* en Italie, *Pasta, Bigeschi;* en France, *Leroux* de Dijon, *Alph. Leroy*, ont publié des traités particuliers sur cette maladie; mais les uns ont tout-à-fait négligé les *hémorragies internes de l'utérus;* les autres, n'ayant considéré cette affection grave que comme un objet secondaire, n'y ont point apporté toute l'attention qu'elle mérite.

Il appartenait à une Société composée d'hommes renommés par leurs lumières autant que par leur amour pour les progrès de la science qu'ils honorent et enrichissent chaque jour de nouvelles conquêtes, d'exciter l'émulation des gens de l'art sur ce point important. Un grand nombre, sans doute, se sont empressés de répondre, et d'une manière satisfaisante, à l'appel honorable qui leur a été fait; aussi n'est-ce qu'en hésitant que l'on adresse à la Société ce MÉMOIRE, que des circonstances malheureuses pour l'auteur ont laissé si imparfait. Mais s'il s'y trouvait quelques réflexions, quelques faits utiles, l'auteur aurait regretté de n'en avoir point fait hommage à la Société. Heureux le concurrent qui aura le plus de droits à son approbation! mais à elle seule appartiendront l'honneur et la gloire du succès.

Il suffit de considérer les propriétés du sang, les fonctions importantes qu'il remplit dans l'économie animale, pour être frappé du danger qui résulte de la perte d'une cer-

taine quantité de ce fluide précieux; sa présence dans les cavités du cœur, des artères et des veines qu'il distend, s'oppose au collapsus des parois de ces organes. Stimulus de la contraction du cœur, le sang est l'agent principal de la circulation; conducteur du calorique, il porte, répand et entretient dans tout le système la température et la vie : c'est lui qui fournit les matériaux de la nutrition et de l'accroissement; c'est de lui que dérivent toutes les sécrétions; l'ovule humain, l'embryon, le fœtus, l'homme, est le produit d'une sécrétion particulière du sang qui s'opère dans l'utérus de la femme par l'intervention de l'autre sexe.

Ainsi, lorsqu'il survient une hémorragie spontanée et abondante, qu'elle continue ou qu'elle se renouvelle à des intervalles rapprochés, il en résulte des altérations, des changemens très-funestes : les vaisseaux sont moins pleins, moins dilatés qu'auparavant; le sang qui reste a perdu ses propriétés stimulantes; moins propre à donner de l'énergie au cerveau et aux nerfs, les fonctions du système nerveux languis-

sent ou s'exécutent d'une manière irrégulière; plus irritables, les nerfs sont fortement ébranlés à la plus légère impression; l'estomac digère plus lentement, les intestins deviennent plus paresseux, les battemens du cœur sont plus faibles, les pulsations des artères moins fortes, les fibres musculaires se contractent mollement; la moindre cause qui peut ajouter à cette débilité générale jette la malade dans le dernier état d'épuisement, et l'hémorragie cesse avec la vie.

Mais, avant de passer à l'examen des hémorragies utérines, il nous paraît convenable de rappeler la doctrine des anciens médecins sur cet objet important, d'autant plus que dans ces derniers temps, excepté *Lordat*, qui en a rappelé quelques points principaux (1), des personnes, peu au fait de l'histoire et des progrès de l'art, ont paru l'ignorer, et n'ont pas craint de s'en emparer et de la présenter comme un fruit de leurs méditations.

On avait bien vu, dans tous les temps, qu'une

(1) Introduction de son *Traité des Hémorragies.*

blessure, une plaie, un effort violent, en rompant, en coupant les vaisseaux sanguins, étaient une cause d'hémorragie ; mais les médecins les plus anciens n'avaient point borné leurs considérations à ce simple aperçu vulgaire. Ils savaient bien que les hémorragies ou excrétions sanguines pouvaient avoir lieu sans incision ou rupture des vaisseaux, et ils en distinguaient plusieurs modes. Aussi, disaient-ils, les hémorragies ou écoulemens de sang peuvent avoir lieu, 1°. par anastomose (*apertio osculorum*), c'est-à-dire, par les extrémités perspiratoires ou exhalantes des vaisseaux qui se terminent à la surface des parties : c'est aussi, disaient-ils, ce que l'on observe dans les hémorragies nasales, dans le flux menstruel, dans quelques cas d'hémorragie de l'estomac, de l'intestin ; 2°. par *diabrose*, solution de continuité, par la dissolution des tissus, comme dans les cas d'ulcération chronique ; 3°. par *rupture*, ou solution de continuité, provenant de causes extérieures ; 4°. par *diapedèse*, ou transsudation, quand le sang avait perdu de sa consistance natu-

relle, et qu'il s'échappait par les pores des membranes des vaisseaux.

L'opinion de l'anastomose était donc établie chez les anciens; mais les physiologistes modernes se sont livrés, avec succès, à la recherche des vaisseaux exhalans dont l'existence ne saurait être en doute aujourd'hui que par ceux qui voudraient se refuser à l'évidence.

Les vaisseaux exhalans naissent du système capillaire, c'est-à-dire, des vaisseaux qui communiquent avec les artères. Les exhalans reçoivent les matériaux de l'exhalation. Ce système de vaisseaux entre dans la composition de tous nos organes. Les vaisseaux exhalans ne jouissent que des propriétés organiques, *sensibilité* et *contractilité*. Ces propriétés ont un caractère différent dans chaque partie; elles sont analogues à chaque système. Chacun se sépare le fluide qui lui est propre. Les vaisseaux exhalans n'admettent que des fluides blancs. Le sang n'y passe point, faute de rapport entre ce fluide et la sensibilité de ces vaisseaux;

ce n'est que lorsqu'une cause quelconque, directe ou sympathique, exalte la sensibilité des exhalans, que l'irritation y appelle le sang de toutes parts, qu'ils se laissent pénétrer par ce fluide : phénomène qui caractérise l'hémorragie *active*.

Lorsque le système exhalant est privé de ses deux propriétés, la sensibilité et la contractilité, il en résulte l'atonie de ces vaisseaux. L'impulsion du sang suffit pour y faire pénétrer ce fluide, qui n'éprouve aucune résistance de la part de ces mêmes vaisseaux. De là une autre espèce de flux sanguin que l'on a désigné sous le nom *d'hémorragie passive*.

S'il est généralement admis aujourd'hui que les hémorragies résultent d'une altération des propriétés vitales; que cette altération se rencontre plus fréquemment dans les tissus où ces propriétés sont susceptibles d'un plus grand développement et dans ceux qui sont en même temps munis d'un système capillaire très-prononcé et superficiel, il ne sera pas difficile de reconnaître la partie qui,

chez la femme, est le plus susceptible de devenir le siége des hémorragies.

L'utérus, examiné sous le rapport de sa structure et de ses fonctions, est de tous les organes le plus éminemment hémorragique.

Nous croyons donc indispensable de présenter quelques considérations sur l'utérus, sur ses fonctions, sur les changemens qu'il éprouve pendant la grossesse, sur les rapports mutuels de cet organe avec le produit de la conception, afin de pouvoir déterminer d'une manière aussi exacte qu'il est possible la source des hémorragies utérines, les causes qui les produisent, la manière dont elles s'opèrent, par quel mécanisme elles peuvent se ralentir ou cesser totalement, comment l'hémorragie peut avoir lieu sans que l'écoulement du sang se manifeste à l'extérieur, enfin quels sont les moyens les plus convenables à opposer à cette maladie dans chacune des variétés qu'elle présente.

BOSTON MEDICAL
JAN 7 1905
LIBRARY

MÉMOIRE

SUR LES HÉMORRAGIES INTERNES DE L'UTÉRUS.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

De l'Utérus dans l'état de parfaite vacuité.

§ 1. L'UTÉRUS (υστερα, μητρα des Grecs, *ager naturæ, utriculus, matrix,* matrice) est un viscère creux situé dans la cavité du petit bassin, à l'extrémité supérieure du vagin, entre la vessie et l'intestin rectum. Il est retenu dans cette situation par le péritoine qui le recouvre en partie, et dont les replis latéraux forment deux espèces d'attaches connues sous le nom de ligamens larges. Dans ces deux grandes plicatures du péritoine sont renfermées deux productions de l'utérus, les trompes et les ovaires, ainsi que les vaisseaux qui vont se distribuer à ces organes.

Deux autres productions de ce viscère, appelées ligamens ronds ou cordons sus-pubiens, prennent naissance de la région supérieure antérieure et un peu sur le côté de l'utérus, et se terminent en s'épanouissant sur les pubis.

§ II. La forme de l'utérus est un conoïde légèrement déprimé de devant en arrière. On l'a divisé, pour l'étude, en trois portions : 1°. le fond ou la portion supérieure, convexe, arrondie, se trouve au-dessus de l'insertion des trompes; 2°. le corps ou la portion moyenne, qui est entre le fond et le col; 3°. le col ou la portion inférieure, allongée, arrondie, qui est embrassée dans son pourtour par les parois du vagin, et y est intimement adhérente. Cette portion forme une sorte de canal qui, d'un côté, communique avec la cavité du corps de l'utérus, et, de l'autre côté, s'ouvre dans le vagin, en présentant une fente ou ouverture transversale dont les bords sont épais et arrondis. Cette disposition du col y fait distinguer deux orifices, l'un utérin ou supérieur, l'autre vaginal ou inférieur, que l'on désigne communément sous le nom de museau de tanche.

§ III. L'utérus, dans l'état de vacuité, a environ trois pouces de longueur, deux pouces de largeur vers son fond, un pouce vers son col, dix lignes

de diamètre de devant en arrière; et ses parois, qui sont presque en contact par leur face interne, ont environ quatre à cinq lignes d'épaisseur.

§ IV. Ouvert sur ses côtés, l'utérus présente deux cavités, l'une supérieure, plus profonde, plus large, formée par le fond et le corps de cet organe; l'autre plus étroite, plus superficielle, formée par le col dont l'extrémité supérieure est circonscrite par l'orifice interne du col même, et l'inférieure est terminée par une espèce d'ourlet qui conduit dans le vagin. Sur les côtés, vers le fond de l'utérus, sont deux orifices, un de chaque côté, qui dirigent dans les trompes.

§ V. Selon la plupart des anatomistes, on remarque à la face interne de l'utérus une membrane mince, muqueuse, que l'on considère comme un prolongement de la membrane interne du vagin; après s'être repliée sur le col de l'utérus, cette membrane s'enfoncerait dans son orifice vaginal, pour tapisser l'intérieur du col et toute la cavité utérine.

Cependant un savant anatomiste assure n'avoir jamais rencontré cette membrane; il en nie même l'existence d'une manière absolue. Toujours, dit-il, il a vu la membrane muqueuse du vagin se borner à l'orifice interne de l'utérus. Suivant le

même professeur (M. Chaussier), la face interne de l'utérus est uniquement formée par les extrémités perspiratoires des vaisseaux qui rampent sur sa surface. Il ajoute que la membrane que l'on a rencontrée dans la cavité de l'utérus n'était qu'accidentelle, peut-être l'effet d'une irritation de ce viscère. Nous reviendrons ailleurs sur cette production membraniforme comme cause d'hémorragie utérine.

§ VI. Dans l'état de vacuité, la substance de l'utérus est d'un tissu si serré, si compacte, qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer les élémens qui le composent. Aussi l'on voit, par la différence des opinions qui ont été émises sur la structure de cet organe, que l'on a plutôt cherché à deviner qu'à reconnaître les principes qui le constituent. Ce n'est point un composé de nerfs, un organe membrano-vasculeux, non plus qu'un tissu totalement glanduleux; quoiqu'il entre un grand nombre de vaisseaux dans sa composition, on ne peut cependant point affirmer que cet organe soit un plexus de vaisseaux de tous les genres; on ne peut pas non plus le comparer aux autres muscles creux, puisqu'il ne paraît réellement jouir de sa propriété musculaire que dans l'état de grossesse; sa substance blanchâtre homogène semblerait plutôt se rapprocher de celle du

cartilage pour sa couleur, sa consistance et son élasticité. Aussi ne chercherons-nous pas à suivre les auteurs dans la direction qu'ils ont assignée aux fibres de ce viscère ; qu'elles soient circulaires, concentriques, longitudinales ou obliques ; que des plans agissent pendant que d'autres plans se reposent, le plus important à connaître, et que l'on a long-temps ignoré, c'est que l'utérus jouit de deux propriétés : l'*élasticité* et la *contractilité ;* que c'est sur ces deux propriétés bien constatées que repose la théorie des hémorragies utérines et celle de leur cessation.

§ VII. Les artères de l'utérus sont fournies par les spermatiques ou pelviennes, et par les hypogastriques qui naissent de l'aorte abdominale ou descendante. Ces vaisseaux, qui d'abord se divisent en branches flexueuses, et se soudivisent en rameaux, en ramuscules, dans leurs cours, forment des anses, des anastomoses, des circonvolutions nombreuses comme dans l'intestin grêle.

Pour rendre raison de la fréquence et des dangers des hémorragies utérines, quelques-uns ont avancé que les artères pelviennes sont plus volumineuses chez la femme que chez l'homme ; ils ont ajouté que les veines abdominales, et sur-tout celles qui reviennent de l'utérus, sont moins nombreuses que les artères ; mais cette assertion,

fondée sur des considérations hypothétiques, et que l'on a répétée sans trop l'examiner, nous paraît contraire aux lois de l'organisation animale, à la véritable disposition des parties. Par-tout, et spécialement dans les organes sécrétoires, les veines sont plus nombreuses, plus volumineuses que les artères, et, d'après des recherches et des expériences souvent répétées sur le corps de femmes mortes à la suite de différentes affections aiguës ou chroniques, nous avons toujours trouvé que les veines de l'utérus et de ses dépendances sont en plus grand nombre et ont beaucoup plus de capacité que les artères; quelquefois même dans le corps de femmes mortes peu de temps après l'accouchement, nous avons vu les veines qui reviennent de l'utérus, et sur-tout celle des ovaires, avoir le volume du petit doigt. Si, comme quelques-uns l'ont avancé, les veines de l'utérus sont dépourvues de valvules, on peut aisément concevoir avec quelle rapidité l'hémorragie utérine peut avoir lieu, et combien il est important de déterminer la coagulation, qui s'opère bien plus promptement sur le sang veineux que sur le sang artériel.

§ VIII. Outre les vaisseaux qui se portent à l'utérus et ceux qui en reviennent, on distingue dans son tissu une disposition spéciale de ramuscules

vasculaires qui forment en quelque sorte un système particulier, et dont nous avons déjà fait mention : ce sont les vaisseaux capillaires. Ces derniers, produits par les extrémités des vaisseaux artériels, formentdes espèces de réseaux, qui s'entrelacent avec les fibres de l'utérus, et vont se terminer à la face interne par des ramuscules encore plus déliés que l'on appelle vaisseaux exhalans. Ces vaisseaux sont si nombreux qu'ils se répandent sur toute la surface interne de l'utérus, et s'y terminent par des orifices d'une extrême ténuité, qui laissent exhaler continuellement une sérosité perspiratoire, et donnent, à certaines époques, issue au sang menstruel. L'examen de cet organe chez les femmes mortes pendant la durée de cet écoulement a prouvé l'existence de ces orifices exhalans. Toujours, dans ce cas, on a vu le sang sortir par gouttelettes de la face interne de l'utérus, et jamais on n'y a remarqué ni rupture, ni érosion, ni cicatrice (1).

(1) Nous avons reconnu tout récemment cette disposition des vaisseaux exhalans, chez une jeune fille morte quelques jours après l'évacuation menstruelle. Nous l'avons vu mieux encore, au mois d'avril dernier, chez une femme de trente-six ans, accouchée depuis neuf ans de son troisième enfant, qui a succombé à une hémorragie utérine. Cet accident, qui durait depuis six mois, était déterminé et entretenu par une tumeur squirrheuse de la paroi antérieure du col de l'utérus :

§ IX. Les nerfs de l'utérus sont fournis par les dernières paires lombaires et sacrées, par les spermatiques, le plexus rénal et le grand sympathique; ce qui donne l'explication des rapports qui existent entre ce viscère et toutes les autres parties du corps.

CHAPITRE II.

Des Menstrues.

§ X. Lorsqu'il s'agit des hémorragies utérines, il ne paraîtra pas déplacé de parler de cette fonction de l'organe qui le dispose à la maladie actuellement en question. Nous ne nous arrêterons pas à rechercher les causes de cette excrétion sanguine. Nous n'entrerons pas non plus dans le détail des

son volume était triple de celui de l'organe, qui lui-même était au moins du double de sa grosseur naturelle. Les vaisseaux presque imperceptibles de la tumeur n'offraient pas la plus légère apparence de rupture; sa substance était lisse, d'un blanc rosé, d'un tissu graisseux, granulé, d'une consistance solide; mais la cavité de l'utérus, plus grande, plus profonde que dans l'état sain, offrait à sa surface des points rouges, nombreux, formés par autant de gouttelettes de sang; les vaisseaux collatéraux étaient plus volumineux, et particulièrement les veines.

changemens qui s'opèrent chez la femme à l'époque de la puberté; nous remarquerons que dans notre climat, et à l'âge de quatorze à quinze ans, il se fait dans l'organisation, dans la constitution des femmes, un changement qui les dispose à concevoir, à retenir le germe et à le développer durant la grossesse; que l'utérus, inerte auparavant, dont les fonctions paraissaient se borner à sa nutrition, semble alors appeler à lui cette surabondance de vie répandue dans tout le système, pour se l'approprier et devenir, pour ainsi dire, l'organe prédominant dans l'économie animale de la femme.

§ XI. A cette époque l'utérus a acquis un peu plus de volume qu'auparavant; sa substance a une teinte rosée; son tissu est un peu plus mou, moins compacte; le sang y est appelé avec plus d'abondance; ses vaisseaux exhalans, qui n'admettaient que des sucs blancs, se laissent pénétrer par un fluide sanguin dont l'écoulement s'annonce par le vagin sous le nom de *menstrues, règles,* parce que cette évacuation, une fois bien établie, se renouvelle régulièrement chaque mois à la même époque.

§ XII. Cet écoulement cesse pendant la grossesse, la lactation et à une certaine époque de la vie (de 40 à 45 ans). Diverses causes maladives peuvent également suspendre ou supprimer cette excrétion.

La différence des tempéramens, des climats et de la manière de vivre, influe encore beaucoup sur l'époque de l'apparition des menstrues, sur leur quantité, leur durée, leur retour et sur leur cessation totale. Toutes les causes physiques et morales qui donnent une grande activité au mouvement du sang, hâtent l'époque de la menstruation et en prolongent la durée.

§ XIII. Quelquefois l'évacuation menstruelle rencontre des obstacles insurmontables à sa sortie. Des vices de conformation des parties génitales plusieurs fois ont occasionné la rétention des menstrues, l'accumulation du sang dans la cavité de l'utérus, dans le vagin; et cette collection de sang est quelquefois devenue assez considérable pour simuler la grossesse, et même pour donner lieu de croire au travail de l'accouchement à terme.

§ XIV. Selon quelques-uns, la menstruation aurait été établie pour développer, accroître les vaisseaux utérins et les disposer à recevoir la quantité de fluide nécessaire à la nutrition du fœtus dans l'état de grossesse. D'après *Hunter,* l'excrétion menstruelle, en prenant une consistance membraneuse, servirait à former cette enveloppe extérieure de l'ovule qu'il a désignée sous le nom de *decidua.*

CHAPITRE III.

Des changemens que l'utérus et ses annexes éprouvent pendant la grossesse.

§ XV. Pendant l'acte de la génération, l'œuf, ou si l'on veut écarter toute idée de système, la molécule ou matière fécondée quitte l'ovaire par l'action de la trompe qui la détache et la transmet dans la cavité de l'utérus. Cette molécule s'y forme une couche, ou selon d'autres sa couche est préparée; elle s'y accolle et détermine un point d'excitation sur la paroi utérine où elle s'est fixée; il en résulte un afflux de sang plus considérable dans les vaisseaux utérins qui y correspondent. Cette enveloppe des rudimens du fœtus et de ses annexes est adhérente à l'utérus, qui l'adopte pour le temps de la grossesse seulement. Elle se borne à la cavité de ce viscère et ne pénètre point dans le col dont elle bouche l'orifice interne. Les orifices des vaisseaux exhalans se trouvent recouverts par cette membrane caduque ou de connexion; il ne peut plus se faire d'évacuation menstruelle, quoique tout le système vasculaire de l'utérus soit de beaucoup augmenté de volume et d'énergie. Tout écoulement de sang

détruirait les rapports de connexion établis entre la membrane caduque et l'utérus.

§ XVI. Les membranes propres au fœtus sont formées par l'expansion, le développement de celles qui forment la coque de l'œuf humain. Elles sont deux enfermées l'une dans l'autre; l'externe, adhérente de toute part à la décidua, est appelée *chorion*; l'interne, adhérente au chorion et que l'on nomme *amnios*, est baignée par le fluide qui porte le même nom et renferme le fœtus et le cordon ombilical.

§ XVII. *Le cordon ombilical* est composé de trois vaisseaux principaux; deux artères qui proviennent des iliaques internes du fœtus, et d'une veine qui, selon l'opinion générale, serait produite par les ramuscules veineuses du placenta, et qui, d'après Millot, n'est qu'un prolongement de la veine-porte du fœtus. Et, en effet, les matériaux fournis par la mère ne servent point à la création d'aucune partie essentielle du fœtus : l'embryon apporte avec lui, soit qu'il se développe dans l'utérus ou hors de cette cavité, tous les rudimens de son être, ceux des organes de sa nutrition et de son développement.

La longueur du cordon varie de 6 à 30 pouces;

mais le plus ordinairement elle égale la longueur totale du fœtus, qui est de 18 à 22 pouces.

§ XVIII. Les vaisseaux du cordon sont entourés d'une humeur muqueuse propre à les garantir de l'effet de la compression. La gaîne membraneuse qui les tient renfermés préserve les vaisseaux de rupture; elle est au moins un obstacle à l'épanchement du sang hors des enveloppes communes des vaisseaux ombilicaux.

§ XIX. *Le placenta* est formé par les nombreuses ramifications des vaisseaux du cordon ombilical et d'un parenchyme dont la nature n'est pas très-bien connue.

§ XX. Cette masse vasculaire est plus épaisse dans son centre que vers ses bords. Elle a environ 6 pouces de diamètre. Sa surface, attachée à l'uiérus, est lobulée et convexe; l'autre, qui regarde le fœtus, est lisse, concave, parsemée de gros vaisseaux qui rampent sur sa surface.

§ XXI. Le placenta est double ou triple, selon le nombre de fœtus qui se sont développés ; quelquefois ils sont séparés les uns des autres, mais le plus souvent réunis et ne formant qu'une seule masse.

§ XXII. L'usage du placenta est de transmettre le sang de la mère au fœtus, et du fœtus à la mère.

§ XXIII. Le lieu qu'occupe le placenta est tantôt le fond, d'autres fois les régions moyennes, et très-souvent la région inférieure de l'utérus. Cette dernière circonstance est très-importante à remarquer, comme donnant lieu à l'hémorragie la plus violente et la plus promptement meurtrière.

§ XXIV. Pour rendre l'union plus intime et plus solide entre le placenta et l'utérus, on a imaginé des sinus à la face interne de ce viscère, pour y recevoir les prétendus mamelons du placenta. L'examen de l'intérieur de l'utérus chargé du produit de la conception, n'offre rien de tout cela; la nature n'avait pas besoin de cet appareil pour conserver les adhérences de cette masse avec l'utérus. Les nombreux vaisseaux de la membrane de connexion qui communiquent à l'utérus, au placenta et aux membranes fœtales, l'abondance du tissu cellulaire dont elle est pourvue, sont des moyens suffisans pour retenir ces annexes dans leurs situations respectives, ainsi que le placenta. Ajoutons que l'eau de l'amnios, dont la quantité augmente jusqu'à une certaine époque

de la grossesse, en raison du développement du fœtus; que ce fluide, corps élastique incompressible, ne laisse pas le moindre vide dans la cavité des membranes; qu'il les tient développées, étendues, appliquées de toutes parts à l'utérus, ainsi que le placenta; et l'on conceyra aisément que les annexes du fœtus conserveront leurs rapports, leurs situations naturelles avec l'organe qui les renferme, tant qu'aucune cause, soit directe, soit sympathique, ne viendra point les détruire. Aussi est-ce de la présence de l'eau de l'amnios dans les membranes que dépend l'existence de leur union et de celle du placenta avec l'utérus; celui-ci, en se resserrant, détruit tous les moyens de connexions entre eux. L'équilibre une fois détruit, la vie du fœtus est en danger, si son expulsion ne s'ensuit promptement.

§ XXV. Le développement de l'utérus marche avec celui du fœtus. L'œuf déposé dans la cavité de cet organe y entretient par son principe vital la première impulsion donnée pendant l'acte de la reproduction. L'utérus obéit à ce principe d'action; de nouveaux fluides abondent à l'utérus, forcent ses vaisseaux à se dilater, à s'allonger progressivement; les sécrétions sont plus abondantes. C'est d'abord le fond de l'utérus qui se développe; à trois mois il s'élève jusqu'au bord

supérieur des pubis. Dans les trois mois qui suivent, le fond et le corps de l'organe se développent ensemble; son fond approche de l'ombilic : dans les trois derniers mois le fond et le corps de l'utérus ne prennent que peu d'accroissement, mais à leur tour les vaisseaux du col se développent, s'accroissent, ses fibres s'amollissent, en même temps qu'elles prennent plus de consistance. Le col fournit presque à lui seul l'extension ultérieure que prend l'utérus dont le fond, dans le neuvième mois, se trouve près de la région épigastrique.

§ XXVI. Dans l'état de vacuité, l'utérus, qui n'avait que trois pouces de longueur, a acquis dans ce sens onze à douze pouces; son diamètre antéro-postérieur, qui n'avait que dix lignes, a maintenant dix pouces; le diamètre transversal, qui n'avait que deux pouces, en a neuf. Les parois utérines, qui n'avaient que quatre lignes, ont conservé ce même degré d'épaisseur; la région qu'occupe le placenta a même augmenté d'une ligne de plus.

Les fibres de l'utérus ont pris un caractère musculaire très-prononcé; elles sont beaucoup plus molles, plus souples, d'un rouge vermeil; son tissu spongieux est plus lâche et rempli d'un fluide muqueux; les vaisseaux, les nerfs ont considérablement augmenté de volume; les vaisseaux sanguins, si fins, si déliés, tant de fois contournés

sur eux-mêmes, ne décrivent plus que des lignes courbes; les orifices perspiratoires des vaisseaux capillaires, imperceptibles avant la grossesse, présentent à la face interne de l'utérus, spécialement à l'endroit où était situé le placenta, de larges orifices dont la plupart ont une ligne ou deux de diamètre.

CHAPITRE IV.

De la nutrition du fœtus.

§ XXVII. Il est inutile de mentionner ici toutes les opinions hasardées sur ce sujet; nous nous bornerons à rappeler le résultat de quelques expériences qui ont été faites pour parvenir à des données plus exactes sur la nature et sur le mode de transmission des fluides de la mère au fœtus.

Le professeur *Dubois* a fait des injections par l'artère crurale de femmes mortes enceintes : la matière de l'injection a pénétré dans la cavité de l'utérus, mais n'a point eu accès dans les vaisseaux du placenta.

Le professeur *Chaussier* a fait sur des femmes mortes avant d'être accouchées, des injections par la veine ombilicale, le placenta étant encore attaché à l'utérus : la matière de l'injection a pénétré jusque dans les principales veines utérines.

Le même professeur a soumis aux mêmes expériences, et dans des cas semblables, les artères ombilicales : jamais la matière injectée n'a pénétré dans les vaisseaux utérins. Le mercure qui avait servi à l'injection se bornait à la face utérine du placenta ou se répandait sur la face interne de l'utérus.

Le savant observateur cité ne s'étant point cru suffisamment éclairé par les résultats de ses expériences pour prononcer d'une manière péremptoire sur la nature des fluides que reçoit le fœtus et sur le mode de leur transmission, c'est à nous de garder le silence et de faire des vœux pour que de nouvelles recherches viennent répandre la lumière sur ce point des plus importans en physiologie. Lui seul peut nous conduire à la connaïssance des sources de l'hémorragie utérine, et au meilleur mode de traitement à employer contre cette maladie.

§ XXVIII. Cependant, les expériences mentionnées plus haut viennent confirmer l'opinion déjà admise que les vaisseaux de l'utérus n'ont point de communication directe avec ceux du placenta : la disproportion de leurs vaisseaux rendant impossible toute espèce d'anastomose entre eux. Ces résultats ne détruisent pas non plus l'i-

dée d'un mode de transmission réciproque des fluides par la voie de l'absorption.

S'il n'y a point de communication directe entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du placenta, il ne saurait y avoir rupture de ces vaisseaux, excepté dans les cas de lacération de la substance même de l'utérus. Ainsi l'hémorragie occasionnée par le décollement du placenta n'aurait lieu qu'à cause de la rupture des moyens de communication entre les vaisseaux de l'utérus et ceux de la masse vasculaire, à cause de la rupture des vaisseaux de la décidua.

Si dans le lieu d'insertion du placenta la membrane de connexion fait en même temps l'office de réservoir pour le sang destiné au fœtus, il est aisé de concevoir la facilité avec laquelle elle peut se décoller à diverses époques de la grossesse.

Dans les trois premiers mois, la membrane de connexion est très-épaisse; ses vaisseaux sont bien plus nombreux, ses moyens d'adhésion beaucoup plus faibles; de là vient que les hémorragies sont plus fréquentes. Mais comme les vaisseaux de l'utérus sont en même temps fort petits, ils fournissent moins de sang, et la perte est en général moins considérable et moins dangereuse. Mais vers la fin de la grossesse les vaisseaux de l'utérus devenus très-volumineux, versent dans les mailles de la portion de la décidua, correspon-

dant au placenta, une quantité de sang considérable; et cependant, dans sa totalité, cette membrane a perdu en épaisseur ce qu'elle a gagné en étendue; et sans l'activité que met le fœtus à s'approprier le sang dont il a besoin à l'époque où il est parvenu, les hémorragies utérines seraient beaucoup plus fréquentes; à moins que l'engorgement des vaisseaux de l'utérus ne détermine la contraction des parois de l'organe et l'expulsion de son contenu. Car, indépendamment de toutes les causes extérieures qui peuvent déterminer l'action de l'utérus, les adhérences des membranes étant beaucoup plus lâches, plus faibles que dans tout autre temps de la grossesse, elles ne manqueraient pas de céder à un afflux subit et extraordinaire de sang dont le volume s'accumulerait dans son tissu. Cependant cette faiblesse, cette laxité de tissu des membranes était nécessaire vers l'époque de l'accouchement, puisque la sortie du fœtus et l'expulsion prompte des secondines dépendent de la facilité avec laquelle se rompent les membranes, se détruisent leurs adhérences et celles du placenta.

CHAPITRE V.

Des changemens que l'utérus éprouve pendant et après le travail de l'accouchement.

§ XXIX. Pour parvenir à une connaissance exacte des hémorragies utérines pendant la grossesse, de la manière dont elles s'opèrent et comment elles peuvent s'arrêter, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur ce qui se passe pendant le travail de l'accouchement.

A la fin du neuvième mois, le placenta a acquis tout l'accroissement, toute la maturité dont il est susceptible : il ne reçoit plus, il ne transmet plus avec la même facilité, la même énergie, les fluides circulatoires qui lui parviennent et du fœtus et de la mère. De là résulte nécessairement un changement dans le mode de circulation qui existait précédemment. Continuant d'être apporté à l'utérus, mais n'étant plus repris en aussi grande quantité par les suçoirs inhalans du placenta, le sang s'accumule dans les vaisseaux de l'utérus et en distend les parois. Cette pléthore locale, bornée à un certain degré, devient un excitant qui éveille la propriété contractile de l'organe; les contrac-

tions d'abord faibles, lentes, plus ou moins éloignées, ne sont pas accompagnées de douleurs ; aussi la femme ne s'en plaint jamais ; elle ne s'en aperçoit même pas. Mais l'observateur attentif en reconnaît facilement l'existence. En portant la main sur l'abdomen de la femme, il sent d'une manière très-distincte les parois de l'utérus se resserrer, se durcir, se relâcher ensuite et reprendre leur premier état de mollesse et de flexibilité. Ces contractions que nous distinguerons sous le nom d'*indolores*, parce qu'elles ne sont jamais accompagnées de douleurs, expriment une partie du sang qui commençait à s'accumuler dans les parois de l'utérus, en déterminent le cours dans les vaisseaux collatéraux, et rétablissent ainsi dans l'organe le mode de circulation nécessaire à sa fonction.

§ XXX. Ces contractions indolores peuvent avoir lieu à toutes les époques de la grossesse ; cependant on les observe rarement dans les premiers mois, mais très-souvent dans les derniers temps, sur-tout chez les femmes d'un tempérament sanguin, qui prennent peu d'exercice, mangent beaucoup et sont sujettes à la constipation. Le plus ordinairement les contractions indolores sont momentanées ou passagères ; elles ne persistent que quelques minutes, au plus quelques

heures, cessent ensuite entièrement ou ne se renouvellent qu'après quelques semaines, ou même à des intervalles plus longs. Mais lorsque le placenta est parvenu à son degré de maturité, que la circulation ne s'y fait plus aussi librement qu'auparavant, les contractions indolores ne suffisent plus pour rétablir dans le tissu de l'utérus le mode de circulation qui lui est propre; elles se rapprochent, elles augmentent d'intensité, elles commencent à devenir douloureuses, et si elles persistent elles annoncent le travail de l'accouchement; et comme sa durée présente une série de phénomènes importans, on l'a divisé en *cinq temps* ou *périodes* distinctes.

Première période.

§ XXXI. Contractions faibles, éloignées, peu douloureuses, qui, en diminuant la capacité de l'organe, tendent à comprimer, à pousser les eaux vers l'orifice de l'utérus qui est l'endroit le moins résistant. Souvent aussi il s'en échappe un mucus séreux.

Deuxième période.

Contractions plus fortes, plus rapprochées; les membranes s'allongent; elles se présentent à l'orifice qui commence à s'ouvrir; la réduction de l'utérus n'est point encore sensible, mais la chaleur dans les régions iliaques se fait déjà sentir.

Troisième période.

Contractions plus énergiques, dilatation plus grande de l'orifice; la poche de l'eau s'y engage et forme une tumeur ronde dans le vagin; l'utérus, débarrassé de la portion de fluide qui se trouve hors de son orifice, est plus rapetissé qu'auparavant; la rupture des membranes s'opère; l'évacuation de l'eau qui en résulte, l'abaissement de la tête du fœtus qui s'ensuit, font diminuer encore la capacité de l'organe; les vaisseaux utérins sont plus resserrés; la chaleur dans les régions iliaques est plus grande; les adhérences des membranes se détruisent davantage, mais les orifices des vaisseaux se trouvent bouchés par le placenta, qui est plus fortement comprimé entre les surfaces du corps de l'enfant et les parois de l'utérus, qui les tient fortement embrassés.

Quatrième période.

Les phénomènes précédens se renouvellent avec plus d'intensité et à des intervalles plus rapprochés. L'action du diaphragme et des muscles abdominaux s'associe aux contractions de l'utérus, en augmente la force, l'énergie. La tête du fœtus s'engage dans l'orifice qu'elle bouche exactement; bientôt elle le franchit. Après la sortie de la tête, l'utérus est réduit de moitié; ses vaisseaux sont

diminués de calibre dans la même proportion; la chaleur qui se fait sentir dans les régions iliaques est plus ardente. Après l'expulsion totale de l'enfant, l'utérus ne présente à-peu-près que le cinquième de son volume.

Cinquième période. — Expulsion des annexes du fœtus.

Après la sortie de l'enfant, l'utérus se repose pendant plusieurs minutes, généralement de dix à quinze. Un second travail recommence; l'orifice n'offrant que très-peu de résistance, les corps restés dans l'utérus, plus souples, plus mous, moins volumineux, exigent des contractions moins fortes pour en opérer l'expulsion.

La délivrance s'exécute en deux temps : dans le premier s'opère le décollement du placenta et des membranes; dans le deuxième temps s'en fait l'expulsion hors de l'utérus et du vagin.

Après la délivrance, l'utérus est réduit au huitième de son volume; son fond excède d'un pouce ou deux les bords des pubis ; la solidité de la forme globulaire qu'il affecte alors, est l'indice le plus certain de sa parfaite contraction.

Les parois de l'utérus continuent de se dégorger, de se resserrer ainsi que les vaisseaux qui fournissent encore, pendant deux ou trois jours, une évacuation sanguine connue sous le nom de *lo-*

chies. Cette excrétion change bientôt de nature; elle devient puriforme, puis séreuse, du douze au quinzième jour. L'utérus, cinq ou six semaines après l'accouchement, se trouve réduit à-peu-près à son état naturel.

Après avoir rappelé les points principaux d'anatomie et de physiologie qui nous ont paru nécessaires pour l'intelligence des causes des hémorragies et pour expliquer la théorie de leur cessation, nous avons cru devoir exposer quelques considérations générales sur cette maladie avant d'aborder la question principale, dont la solution fait le sujet de ce mémoire.

CHAPITRE VI.

Considérations générales sur les hémorragies utérines.

On désigne sous ce nom toute effusion abondante de sang qui provient de l'utérus.

Par rapport aux causes qui les produisent, on a divisé les hémorragies utérines en deux classes : 1°. hémorragies *actives;* 2°. hémorragies *passives.*

Chacune de ces classes a été sous-divisée en *cinq* genres principaux :

1°. Hémorragies *constitutionnelles.*
2°. ..... *accidentelles.*
3°. ..... *succédanées.*
4°. ..... *critiques.*
5°. ..... *symptomatiques.*

Désignations établies sur la connaissance des différentes causes qui peuvent prédisposer à cet accident ou le déterminer.

Chacun de ces genres principaux admet *deux espèces* générales.

1°. Hémorragie utérine *indépendante* de la grossesse, désignée sous le nom de *dysménorrhée*, ou menstruation irrégulière;

2°. Hémorragies utérines *dépendantes* ou consécutives de la grossesse. Celles-ci présentent plusieurs variétés, par rapport aux époques où elles s'annoncent, et aux circonstances qui l'accompagnent.

1°. Dans les premiers mois de la grossesse;
2°. Depuis le septième jusqu'au neuvième mois;
3°. pendant le travail de l'accouchement;
4°. Après l'accouchement;
5°. Après la délivrance.

On a encore distingué ces deux espèces générales, ainsi que leurs variétés, en hémorragie *interne* et en hémorragie *externe*, selon que l'écoulement se manifeste au-dehors ou que le sang s'amasse dans la cavité de l'utérus.

L'hémorragie interne a été soumise à une autre division, selon que le sang s'accumule dans l'intérieur des membranes, ou entre le placenta, les membranes et l'utérus. De là, la distinction établie par *Asdrubali* entre l'hémorragie *latente-interne* et l'hémorragie *latente-externe*.

SECTION PREMIÈRE.

De l'hémorragie utérine active.

L'exaltation, l'exubérance des forces vitales, une excitation considérable augmentée dans tout le système, déterminent cette espèce d'hémorragie, qui est caractérisée par la pléthore générale.

Les femmes vives, robustes, fortement constituées, dont la face est colorée habituellement, sont plus sujettes que toute autre à cette espèce d'hémorragie.

Celles qui sont plus délicates en apparence, mais dont le système nerveux, irritable, peut donner lieu à une exaltation du système utérin, sont également sujettes aux hémorragies actives.

Causes prédisposantes des hémorragies utérines actives par pléthore locale.

L'abus de l'acte du mariage, la constipation opiniâtre, l'usage des chaufferettes, les injections irritantes dans le vagin ou dans le rectum, les tumeurs squirrheuses ou polypeuses de l'utérus.

Signes précurseurs de l'hémorragie utérine active.

Pesanteur, douleur de tête, éblouissement, tintement d'oreilles, face fortement colorée, l'œil vif, animé; cercle livide autour des paupières; la bouche est sèche; quelquefois nausées, vomissemens; respiration gênée; douleur profonde; pesanteur dans la région utérine; tiraillement dans les aines, dans les cuisses; lassitudes, chaleur, engourdissement général; pouls vif, dur, fréquent. *L'écoulement du sang est accompagné de douleurs.*

SECTION II.

Hémorragies utérines passives.

Cette maladie s'annonce le plus souvent chez les femmes d'une constitution faible et cachectique.

Causes prédisposantes.

La vie molle et sédentaire; l'habitation dans des lieux sombres et humides; une nourriture grossière; les mauvaises digestions; les affections tristes et concentrées.

Causes locales.

Les flueurs blanches; les injections relâchantes dans le vagin; l'abus des lavemens émolliens, des bains de siége.

SECTION III.

Hemorragies utérines spasmodiques.

Les femmes nerveuses irritables y sont plus sujettes que d'autres.

Cette espèce d'hémorragie se déclare presque tout-à-coup, à la suite de quelques émotions de l'âme, telles que la frayeur, la colère, la crainte ou l'accès d'une douleur violente, etc.

SECTION IV.

Causes prochaines des hémorragies utérines. Ménorrhagie.

Dilatation synergique des vaisseaux exhalans de l'utérus. Les orifices libres de ces vaisseaux laissent échapper le sang hors de la cavité de ce viscère et du vagin, lorsque rien ne s'oppose à sa sortie.

SECTION V.

Dans l'état de grossesse.

La dilatation des vaisseaux exhalans étant relative au degré du développement de l'utérus, les orifices de ces vaisseaux étant bouchés par la membrane de connexion et par le placenta, la perte du sang de la mère se fait au profit du fœtus et de ses annexes. Mais, lorsque la membrane de connexion ou le placenta, par une cause quelconque,

viennent à se décoller dans une portion plus ou moins étendue, les orifices des vaisseaux, redevenus libres, versent le sang entre les membranes fœtales et utérines ; ce fluide se fraye un chemin jusqu'à l'orifice externe de l'utérus et celui du vagin, si toutefois il ne rencontre point d'obstacles dans son cours.

Ainsi, le décollement de la membrane de connexion ou celui du placenta, sont les causes prochaines de l'hémorragie utérine dans l'état de grossesse. La perte est *externe*, si le sang sort librement de l'utérus; si quelque obstacle s'oppose à la sortie de ce fluide, la perte est *interne*. Le décollement de la décidua et du placenta peut avoir lieu à toutes les époques de la grossesse, et être produit par les mêmes causes.

L'hémorragie qui résulte de la séparation de la décidua seulement, peut être abondante en raison du degré de développement qu'ont acquis les vaisseaux capillaires utérins, et du nombre d'orifices découverts par la portion de membrane séparée (1).

---

(1) L'arrière-faix n'étant attaché qu'à la partie supérieure de la matrice, les vaisseaux qui aboutissent au reste de cette cavité, qui sont les mêmes qui laissaient couler les ordinaires, peuvent en laisser échapper quelques parties lorsqu'il y en a plénitude, qui, coulant entre les membranes de l'œuf de la

L'hémorragie occasionnée par le décollement du placenta est toujours plus abondante que celle qui est produite par la séparation ou la rupture de la décidua, parce que les vaisseaux qui correspondent au placenta sont, à toutes les époques de la grossesse, beaucoup plus volumineux que ceux des autres régions de l'utérus.

Il résulte de la différence de ces deux causes d'hémorragie une circonstance très-importante à remarquer; c'est que dans le premier cas la perte peut s'arrêter entièrement et permettre à la grossesse de parvenir jusqu'à la fin de sa dernière période, au lieu que dans l'hémorragie qui a pour cause le décollement du placenta, si petite que soit sa portion décollée, l'écoulement ne peut s'arrêter que par l'effet des contractions de l'utérus.

---

matrice, peut sortir par l'orifice interne, sans nuire à l'embryon qui est enfermé dans ses membranes... Et pourquoi ne veut-on pas que le sang en puisse sortir, lui qui ne fait que suivre sa route, et qui a les mêmes vaisseaux excrétoires pendant la grossesse qui y étaient avant qu'il y eût eu un enfant?

(*Dionis*, page 153.)

Cette opinion émise par l'auteur cité, reproduite par *Pasta*, a fourni à *Bigeschi* l'idée de son système des hémorragies utérines, qu'il distingue en *active*, lorsque la perte est occasionnée par la rupture de la décidua, et en *passive*, lorsque la perte provient du décollement du placenta.

CHAPITRE VII.

Traitement général des hémorragies utérines de la grossesse.

C'est sur la connaissance des causes des maladies, que doit être basé leur traitement.

Les anciens employaient, dans les cas d'hémorragies utérines, les moyens qu'ils croyaient propres à ralentir le mouvement du sang, à diminuer ou à augmenter la consistance ou la quantité de ce fluide, à en détourner le cours ou à s'opposer à son issue hors des vaisseaux; de là les lotions froides, la saignée révulsive, l'application des ventouses sur les mamelles, la ligature des membres inférieurs, les boissons rafraîchissantes, astringentes ou toniques; les injections styptiques; les compressions locales avec les *pessaires* ou tampons de laine, de linge ou de toute autre substance enduite d'une matière médicamenteuse, etc.

Mais comme il a été reconnu depuis que l'hémorragie utérine est presque toujours le résultat d'un excès d'énergie ou d'un excès de faiblesse du système général ou du système utérin en particulier, c'est sur ces deux bases principales qu'est fondé le traitement des hémorragies utérines.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JAN 7 1905

SECTION PREMIÈRE.

Traitement général de l'hémorragie utérine active dans les six premiers mois de la grossesse.

Chez les femmes pléthoriques une hémorragie spontanée et abondante produit les défaillances et quelquefois la syncope; le mouvement du sang se ralentit; il se forme un caillot à l'orifice des vaisseaux; la perte cesse. C'est sur l'observation de ce phénomène que l'usage de la saignée a été établi pour prévenir ou pour calmer l'hémorragie lorsque le pouls est vif, dur, plein. Mais, en général, la première indication est d'employer tous les moyens propres à modérer la violence de l'hémorragie; le repos le plus exact dans la supination sur un lit frais, peu ou point couvert; l'admission d'un courant d'air frais dans la chambre de la malade. C'est après avoir donné ces premiers soins que l'on recherche la cause de l'accident, si elle est de nature à ne point nuire aux progrès de la gestation, ou si elle ne peut céder qu'à l'expulsion du produit de la conception.

Dans le premier cas il faut recommander les boissons délayantes, rafraîchissantes, prises à froid; favoriser l'éjection des matières stercorales par des lavemens presque froids; éloigner de la malade tout ce qui peut l'affecter désagréablement

ou la contrarier; ne lui permettre que des alimens qui renferment d'abondans principes nutritifs, sous le plus petit volume possible, afin d'entretenir les forces sans augmenter les mouvemens du sang. Ces moyens, sur lesquels on doit insister, suffisent ordinairement pour supprimer l'hémorragie qui n'a pour cause que le décollement d'une portion de membrane.

Mais il ne faudrait pas prendre pour une indication de la saignée l'agitation du pouls qui résulterait de la perte d'une certaine quantité de sang. Chez une femme nerveuse, la saignée augmenterait au lieu de diminuer l'irritation, et la perte en deviendrait plus abondante. C'est dans ces cas que les Anglais ont employé avec succès la digitale pourprée.

L'usage des astringens, les applications d'eau glacée ou de glace en nature sont, comme stimulans, très-dangereux dans les cas où la maladie est causée par un excès d'activité dans les organes circulatoires.

Lorsqu'au lieu de se ralentir la perte continue et devient plus abondante, il y a lieu de croire que c'est le placenta qui est détaché, soit primitivement, soit par l'effet de la perte précédente; il n'y a plus d'espoir de conserver la grossesse.

Il faut donc avoir recours aux moyens propres à déterminer la contraction de l'utérus. Les plus

efficaces sont : les frictions, les aspersions d'eau à la température de l'air sur les régions du ventre occupées par l'utérus, les titillations avec les doigts sur le col de cet organe, enfin l'applicationdu tampon, comme moyen d'irriter le col, et d'exciter l'action contractile de ce viscère; bientôt les bords de l'orifice, amollis par l'effet de la perte, cèdent aux contractions de l'utérus, le produit de la conception est expulsé et le sang cesse de couler.

SECTION II.

Traitement général de l'hémorragie passive des six premiers mois de grossesse.

On doit avoir l'attention d'éloigner tout ce qui peut causer ou entretenir la faiblesse générale ou partielle, et prescrire le repos le plus exact. Si l'hémorragie est légère, faire observer un régime fortifiant; donner à la malade des alimens nourrissans et de facile digestion, tels que des sucs ou des gelées de viande; la mettre à l'usage des boissons froides et toniques; lui faire des applications froides d'oxycrat sur les régions iliaques, inguinales et sur les cuisses.

S'il était prouvé, comme il est loin de l'être, que le *blé ergoté* fût propre à ranimer l'inertie de l'utérus, et à tempérer le flux immodéré des lochies, son application serait de la plus grande utilité dans les cas d'hémorragie passive de la grossesse.

Lorsque les symptômes persévèrent ou augmentent d'intensité, il faut employer les moyens indiqués plus haut pour exciter les contractions de l'utérus et sa prompte déplétion.

Jh. Burns et *Stewart* disent, et prouvent par des observations, avoir retiré les plus grands avantages de l'opium à grandes doses, sous forme liquide ou solide, dans les cas d'inertie de l'utérus à la suite d'abondantes hémorragies.

SECTION III.

Traitement des hémorragies spasmodiques.

Dans les cas d'hémorragies spasmodiques, les délayans, les calmans, les opiacés en boissons; les injections de même nature dans le vagin et dans le rectum; les fomentations, les cataplasmes légers arrosés de laudanum, appliqués sur la région de l'utérus, tous ces moyens, employés successivement ou simultanément, font cesser le spasme de ce viscère.

SECTION IV.

Traitement général des hémorragies utérines qui s'annoncent du septième au neuvième mois de la grossesse.

Avant cette époque il est rare que l'hémorragie soit assez considérable pour mettre la vie de la

femme en danger. La nature, aidée par les moyens soutenus que nous avons indiqués, se suffit toujours à elle-même pour expulser le produit de la conception, qu'il serait d'ailleurs impossible d'extraire, quoique plusieurs praticiens aient avancé l'avoir tenté avec quelque succès.

Mais vers le septième mois de la grossesse, que le col de l'utérus commence à s'effacer, à devenir plus souple, plus mou; que la dilatation de l'orifice peut s'opérer moins difficilement, en raison de la proximité du terme de la gestation, l'art peut ajouter de nouveaux moyens à ceux dont nous avons déjà fait mention.

Hémorragie causée par la présence du placenta sur l'orifice.

Dans les derniers trois mois de la grossesse, il se présente une nouvelle cause d'hémorragie que l'on ne pouvait distinguer auparavant, et qui mérite la plus grande attention : c'est l'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus. La perte occasionnée par la disposition de cette masse vasculaire s'annonce quelquefois d'une manière si insidieuse, elle est si fréquente et si promptement mortelle, que l'on ne saurait trop se mettre en garde contre cet accident.

L'hémorragie occasionnée par la présence du placenta sur l'orifice peut avoir lieu à toutes les

époques de la grossesse; elle peut être aussi le résultat de causes accidentelles, telles que les coups, les chutes; mais plus souvent encore elle est la conséquence de l'abus de l'acte conjugal; elle peut durer long-temps, devenir même très-abondante avant que les douleurs se fassent sentir. Ce n'est que lorsque les contractions s'établissent, qu'il est possible de distinguer la cause de cette espèce d'hémorragie, parce que l'écoulement du sang est beaucoup plus abondant pendant la douleur que dans l'intervalle, à cause de la dilatation de l'orifice et du décollement du placenta qui en résulte. Mais comme cette espèce d'hémorragie précède le plus souvent les contractions *sensibles* de l'utérus, qu'elle peut même être abondante au point de réduire la malade à la dernière extrémité avant que les douleurs se soient annoncées, il est de la dernière importance de s'assurer d'une manière exacte de la cause de l'hémorragie.

Sur cent six cas d'hémorragie, *Rigby* en compte *quarante-trois* (près du tiers), occasionnés par la présence du placenta sur l'orifice utérin. Les observations qu'il rapporte à ce sujet rendent très-important le précepte qu'il donne d'examiner de bonne heure l'état de l'orifice, non pas avec un seul doigt, comme on le pratique généralement, mais en introduisant la main entière dans le vagin, afin de porter le doigt plus profondément

dans le col, pour reconnaître si le placenta est ou n'est pas greffé sur cette région de l'utérus. Sans cette précaution, la connaissance de la cause de l'hémorragie échappe souvent aux recherches de l'accoucheur.

Lorsque le placenta est situé centre pour centre sur l'orifice de l'utérus, ce sont ses bords qui se décollent les premiers, parce que les parois de l'utérus auxquelles ils correspondent sont les premières à fournir à l'ampliation du corps de l'organe; les vaisseaux qui portent le sang au limbe du placenta étant moins volumineux, la perte est d'abord moins considérable; elle se *fait intérieurement,* jusqu'à ce qu'une plus grande portion des adhérences de la masse vasculaire se trouve détruite; aussi remarque-t-on autant de sang coagulé que de sang fluide qui s'échappe de l'utérus avant comme après l'accouchement.

Dans la grossesse avancée, la perte se fait en partie intérieurement, lorsque c'est la tête de l'enfant qui se présente sur l'orifice, et qu'elle comprime le point décollé du placenta.

Lorsque la présence du placenta à l'orifice est la cause de l'hémorragie, on ne doit rien attendre de la nature; ses efforts sont presque toujours funestes à la mère et à l'enfant : il faut opérer l'accouchement manuel, et n'y mettre, pour tout délai, que le temps que la perte et les contractions

de l'utérus produisent sur l'orifice la mollesse, le degré de dilatabilité convenable pour permettre l'introduction successive des doigts, puis de la main entière, et opérer la version de l'enfant : seul parti qu'ait pris *Rigby* dans ce cas, et qui lui a constamment réussi.

Le même auteur prouve par *treize* cas de cette espèce d'hémorragie, à laquelle les femmes ont succombé, les dangers qui résultent du délai que l'on met à opérer l'accouchement.

Il ne faut pas attendre, dit-il, que l'orifice soit dilaté, il suffit qu'il soit dilatable. Si l'orifice se resserre fortement sur les doigts, il n'est pas encore temps d'opérer; attendez, *auprès de la malade*, que la perte ou les contractions subséquentes apportent des changemens favorables à l'introduction de la main; examinez souvent l'état de l'orifice, autant pour apprécier les changemens qu'il éprouve, que comme moyen d'exciter l'utérus à se contracter, et à hâter le moment propre à opérer la version du fœtus.

Cette méthode, si bien confirmée par un grand nombre de faits de pratique, nous paraît la plus sûre et la plus convenable, dans ce cas, pour sauver la mère et l'enfant.

SECTION IV.

Hémorragies utérines occasionnées par le décollement du placenta situé dans les régions du corps de l'utérus.

Si, par la manière de pratiquer le toucher, comme l'a recommandé *Rigby*, l'on a reconnu que ce n'est pas le placenta, mais les membranes qui se présentent à l'orifice, ce même auteur veut, quand l'hémorragie persiste malgré le repos, l'exposition à l'air frais, etc., que l'on fasse *toujours* la rupture des membranes le plus tôt possible. Ce moyen lui a constamment réussi dans ces sortes de cas. Pendant une pratique de quarante années, il n'a jamais eu recours, dit-il, à l'accouchement forcé, pas même à l'application du tampon.

Mais l'examen des faits rapportés par l'auteur, et l'observation journalière, prouvent que la rupture des membranes ne produit pas toujours l'effet qu'on en attend : la suppression de l'hémorragie et la prompte expulsion de l'enfant.

Aussi, tous nos auteurs diffèrent-ils sur ce point : ceux à qui ce moyen a réussi, en recommandent l'usage; ceux entre les mains desquels il n'a pas eu de succès, le proscrivent. *Rigby*, d'après *Mauriceau*, ou *Puzos*, presse fortement pour pratiquer l'ouverture des membranes le plus tôt possible; d'autres auteurs conseillent d'attendre que la

dilatation de l'orifice soit complète, et aucun d'eux ne donne un motif plausible pour autoriser ou pour défendre, pour hâter ou pour différer l'évacuation de l'eau.

Mais, en examinant avec attention les circonstances qui accompagnent ces sortes d'hémorragies, on ne sera point étonné de la différence des résultats de la rupture des membranes dans des cas qui n'ont qu'une similitude apparente. Car, quoique le placenta ne soit point greffé sur l'orifice, quoique les membranes seules s'y présentent, cela ne suffit pas pour être autorisé à en faire la rupture, même quoique l'orifice soit dilaté à un certain point. Il faut, 1°. que l'enfant présente une des deux extrémités de sa forme ovoïde, surtout la tête; 2°. il faut qu'il y ait une certaine quantité d'eau qui environne le fœtus.

Mais si l'orifice n'est point dilaté, comment reconnaître que c'est la tête de l'enfant qui se présente, et que les membranes contiennent une certaine quantité de fluide? Si la manière de pratiquer le toucher au moyen de l'index ne suffit pas pour obtenir les renseignemens nécessaires dans ce cas, la méthode indiquée par *Rigby* met à même de les acquérir.

Avec la main introduite dans le vagin, le doigt découvre ce qui se passe dans l'orifice; il suffit que l'on puisse admettre l'extrémité du doigt, pour

apprécier le degré de laxité, de souplesse de ses bords, qui sont toujours plus épais, plus spongieux, moins sensibles, quand c'est le placenta qui s'y trouve greffé ; pour distinguer la tumeur molle spongieuse, granulée du placenta, de la tumeur molle, lisse, élastique, formée par les membranes. En parcourant la surface extérieure du col, on reconnaît, à son volume, à sa solidité, à sa forme arrondie et à sa proximité du détroit périnéal, que c'est la tête qui occupe le segment inférieur de l'utérus. Si, en repoussant cette tumeur avec un ou deux doigts, pendant que l'autre main est appuyée sur le fond de l'utérus, la partie qui se présente se trouve facilement soulevée, on est assuré que le fœtus est peu volumineux, et qu'il est environné d'une grande quantité de fluide : circonstance qui se rencontre presque constamment jusqu'à la fin du huitième mois de la grossesse.

Avec ces conditions, on peut compter sur les bons effets de la rupture des membranes. Dans le cas où l'on ne pourrait point les percer avec l'extrémité du doigt, soit à cause du peu de dilatation de l'orifice, ou de la solidité du sac membraneux, on ferait bien de suivre l'exemple de *Smellie* et de *Rigby*, de glisser une sonde le long de l'index, pour l'introduire jusque sur les membranes, que l'on perfore en appuyant avec l'extrémité de l'instrument.

C'est alors que les parois de l'utérus, écartées par la présence de l'eau, se rapprochent des surfaces de l'enfant; qu'elles l'embrassent plus étroitement; que le placenta se trouve comprimé entre les parois utérines et la surface de l'enfant qui y correspond; que les vaisseaux de l'utérus sont plus resserrés, que leurs orifices se trouvent bouchés par le placenta; que la perte cesse; que les parties anguleuses des membres du fœtus excitent l'utérus à se contracter; que l'orifice, amolli par l'effet de la perte précédente, se dilate facilement pour livrer passage à la tête, et qu'ensuite l'accouchement se termine naturellement.

Mais lorsque la grossesse est parvenue à la fin du neuvième mois, que la tumeur formée par le col est très-volumineuse, que l'on ne peut soulever facilement le fœtus par le procédé que nous avons indiqué, les membranes ne contiennent que très-peu de fluide, pas assez pour que l'évacuation artificielle que l'on en ferait puisse apporter un changement notable sur l'état des parois et sur celui des vaisseaux de l'utérus, pour empêcher de continuer l'hémorragie. C'est ce qui a lieu toutes les fois que l'on a rompu les membranes dans cette circonstance, et dont il nous semble que personne encore n'a rendu compte.

Il faut donc employer tous les moyens que nous avons indiqués dans le cas de perte des six pre-

miers mois de la grossesse; dilater doucement l'orifice avec les doigts, et, lorsque la dilatation est parvenue à un degré convenable, extraire la tête avec le forceps.

Dans les recherches que l'on fait sur l'état du col, si on le trouve très-élevé dans le bassin, si on a de la peine à y atteindre, il y a tout lieu de présumer que l'enfant affecte une mauvaise position. Il en est de même lorsque c'est une partie grêle, mobile, que l'on sent à travers les membranes ou les parois du col : ira-t-on rompre les membranes dans tous ces cas ? L'eau de l'amnios une fois écoulée, comment fera-t-on pénétrer la main dans la cavité de l'utérus, moulé sur le corps de l'enfant, pour amener celui-ci par les pieds ? Comment lui faire exécuter ce mouvement de culbute, pour le faire descendre et l'engager dans l'orifice, sans courir les risques de rompre le vagin ? Il faut donc bien se garder de provoquer l'évacuation de l'eau. Si, dans le cas simple de mauvaise position de l'enfant, on recommande avec tant de raison de conserver l'intégrité des membranes, leur conservation est bien plus importante encore dans le cas où cette circonstance est accompagnée d'hémorragie abondante.

D'ailleurs, quand l'enfant a pris une mauvaise position, l'utérus se contracte d'une manière irrégulière; les points de la forme ovoïde de l'enfant

ne se trouvent plus en rapport avec ceux de la forme ovalaire de l'utérus, qui se correspondent toujours dans les cas de présentation du sommet de la tête; il en résulte qu'après l'évacuation de l'eau, certaines régions du corps de l'enfant se trouvent fortement comprimées, tandis que d'autres le sont moins; et si la portion décollée du placenta se trouve en rapport avec la région de l'enfant qui n'éprouve qu'une légère compression, l'hémorragie continue comme auparavant, quoique l'utérus soit fortement resserré sur tous les autres points de la surface du fœtus.

Dans ce cas, comme dans celui où le placenta se présente à l'orifice de l'utérus, il ne faut point attendre que l'orifice offre le degré de dilatation exigée pour la version de l'enfant dans la plupart des autres cas : il suffit, dans celui-ci, qu'il ait acquis le degré de souplesse convenable pour se laisser dilater par l'introduction successive des doigts; et ce n'est que lorsque la main entière est parvenue dans la cavité de l'utérus qu'il faut rompre les membranes : le poignet de l'opérateur bouchant l'orifice s'oppose à l'évacuation de l'eau, dont la présence facilite la version de l'enfant.

Comme le succès de cette opération dépend de la flexion antérieure que l'on fait prendre au tronc de l'enfant pendant sa version, il est important, avant de pénétrer dans l'utérus, de s'assurer de

quel côté se trouvent les pieds, qui, généralement, sont situés du côté où est incliné le fond de l'utérus.

SECTION V.

De l'hémorragie utérine pendant le travail de l'accouchement à terme.

La contraction de l'utérus, en détruisant les adhérences des annexes fœtales, devient *cause prochaine* de l'hémorragie.

A cette époque de la grossesse où le col est entièrement effacé, le plus souvent entr'ouvert, il est facile de s'assurer si c'est le placenta ou les membranes qui en ferment l'entrée; de reconnaître la partie qui se présente de l'enfant, s'il est, ou non, environné d'une grande quantité d'eau.

Lorsque c'est la présence du placenta sur l'orifice qui occasionne l'hémorragie, l'accident a précédé le travail. Il ne faudra pas attendre que les contractions de l'utérus s'établissent pour faire la version de l'enfant, si l'état des parties permet d'opérer l'accouchement.

Quand ce sont les membranes qui se présentent à l'orifice, qu'elles contiennent un certain volume d'eau, et que l'enfant se présente bien, il faut que l'art accélère les deux premières périodes du travail, en opérant la dilatation de l'orifice et la rupture artificielle des membranes.

Lorsque l'hémorragie s'est arrêtée, et que les contractions cessent ou se ralentissent, que la faiblesse du sujet n'augmente pas, les orifices des vaisseaux étant déjà resserrés et comprimés par la réduction de l'utérus, on ne doit pas craindre de faire usage des fortifians appropriés à l'état de la malade. En réparant les pertes qu'elle a éprouvées, on relève l'action de l'utérus, et les deux dernières périodes du travail s'accomplissent.

Lorsque la tête de l'enfant est dans l'excavation du bassin, que l'orifice est suffisamment dilaté, que les défaillances surviennent ou se renouvellent, il faut terminer l'accouchement avec le forceps.

Après la sortie naturelle ou artificielle de la tête ou des fesses de l'enfant, il faut extraire le reste du corps avec lenteur, ou plutôt en confier l'expulsion à la nature : par ce moyen, on empêche les orifices du col de l'utérus de se resserrer avant que le corps de l'organe ait acquis le degré de contraction qu'il doit avoir après l'accouchement.

L'inobservation de ce précepte est la cause la plus fréquente des hémorragies qui ont si souvent lieu après la sortie de l'enfant.

Pour éviter de tomber dans des répétitions que nous ne saurions éviter, nous remettons à parler des hémorragies qui surviennent après l'accouchement, lorsqu'il sera question des pertes

internes qui précèdent ou qui suivent la délivrance.

Nous bornerons ici les considérations que nous avons cru devoir établir préalablement pour l'intelligence des causes des hémorragies internes, dont nous avons peut-être trop long-temps tardé à nous occuper.

SECONDE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

Des hémorragies internes de l'utérus.

On désigne sous cette dénomination une excrétion ou afflux de sang de l'utérus qui, plus ou moins abondante, reste renfermée dans la cavité de ce viscère avec ou sans manifestation à l'extérieur.

L'hémorragie interne ne diffère de l'hémorragie externe que par l'obstacle qui s'oppose à la sortie extérieure du sang.

Dans certains cas, il suffit d'enlever l'obstacle à l'excrétion de ce fluide, pour faire cesser entièrement l'hémorragie.

Dans le plus grand nombre d'autres cas, l'obstacle n'étant point la cause de l'accident principal, mais seulement la cause de la rétention du sang dans l'utérus, la perte de ce fluide peut continuer d'avoir lieu, quoique la cause de son accumulation n'existe plus.

Nous distinguerons donc les hémorragies utérines internes en deux genres principaux : 1°. celles

qui sont indépendantes de la grossesse; 2°. celles qui dépendent ou qui sont consécutives de la grossesse.

Des hémorragies utérines internes indépendantes de la grossesse.

On a désigné sous le nom d'*amenorrhée* l'absence ou le retard de l'évacuation menstruelle chez les femmes parvenues à l'âge de la puberté. Le plus souvent ce retard dépend de la constitution générale de la malade; mais quelquefois l'absence totale de cet écoulement est occasionnée par des vices de conformations locales, innées ou accidentelles.

Dans le premier cas, cette sécrétion sanguine ne se fait point; dans le second cas, elle s'opère, mais un empêchement quelconque s'oppose à son excrétion et détermine une accumulation de sang qui se borne à la cavité de l'utérus, quand c'est l'orifice de cet organe qui est fermé : le plus souvent ce fluide s'accumule en même temps dans le vagin, lorsque les parois de ce canal ou son orifice externe se trouvent imperforés ou oblitérés.

D'autres fois la menstruation s'est établie, mais une affection passagère de l'utérus vient suspendre cette évacuation, en éloigner ou en déranger les époques; on a distingué cette irrégularité menstruelle sous le nom de *dysmenorrhée ;* elle est souvent accompagnée d'une collection de sang dans l'utérus.

Différentes causes pouvant déterminer l'hémorragie utérine interne indépendante de la grossesse, nous en établirons deux espèces : 1°. *par oblitération permanente des voies menstruelles;* 2°. *par oblitération temporaire de ces mêmes parties.*

SECTION PREMIÈRE.

Hémorragie utérine interne par oblitération permanente des parties génitales.

Quoique rares, on rencontre un certain nombre d'exemples d'imperforation de l'orifice de l'utérus, mais plus souvent de l'oblitération de cet organe et de celui du vagin. *Boëhmer* trouva le col de l'utérus totalement imperforé (1). *Ruish* a vu un utérus dont l'orifice inférieur aurait à peine admis la tête d'une épingle (2). *Sandifort* l'a trouvé tellement oblitéré, que l'on n'y pouvait introduire que de l'air (3).

Deux cas d'imperforation complète de l'orifice de l'utérus se sont présentés, récemment, dans la pratique de deux chirurgiens célèbres de la capitale, sur deux jeunes filles parvenues à l'âge de

---

(1) *Mémoires de l'Académie des Sciences,* 1705.

(2) Epist. XLVI, art. 17.

(3) *Obs. anat. Fasc.* 2, p. 62.

la puberté; on incisa l'extrémité inférieure de l'utérus, et ces jeunes sujets succombèrent aux suites de l'opération. *Schutzer*, dans un cas semblable, avait fait la ponction sur l'utérus à travers la paroi vaginale, et la malade a péri par l'effet de l'inflammation qui était résultée de la ponction (1). *Amand* a vu l'utérus d'une femme morte enceinte, dont le col n'offrait qu'un petit pertuis qui ne pouvait admettre qu'une soie de cochon (2).

Mais l'agglutination des parois du vagin, de son orifice externe, l'imperforation de l'hymen, sont bien plus souvent la cause de la rétention du sang menstruel. D'après un cas rapporté par M. *Larrey*, les tégumens des parties voisines peuvent s'étendre sur les parties externes de la génération, et s'opposer ainsi à l'écoulement du flux utérin (3).

OBSERVATIONS

Sur la rétention du sang menstruel causée par l'oblitération des parois du vagin.

Première Observation.

Chez une jeune fille de vingt ans, qui éprouvait chaque mois, depuis trois ans, de violentes douleurs

(1) *Sandifort*, page 69.

(2) Obs. 2, page 65.

(3) *Rapport général de la Société philomat.* Tom. II, pag. 86.

dans la région du sacrum, accompagnées de tremblement et de syncopes, on trouva le vagin oblitéré dans sa partie supérieure : accident que l'on attribua à une cicatrisation consécutive de la variole qu'avait eue la malade dans son enfance. La fluctuation se faisait sentir en portant plusieurs doigts dans le vagin pendant qu'on comprimait le fond de l'utérus à l'extérieur. On fit une incision sur la partie resserrée du tube vaginal, il s'en échappa une grande quantité de sang (1).

Quelquefois, à la suite d'un accouchement long et pénible, soit de la part de la tête de l'enfant, ou par l'application mal dirigée de l'instrument pour en opérer l'extraction, le vagin éprouve des contusions, des ulcérations qui, en se cicatrisant, rétrécissent ce canal, et quelquefois l'oblitèrent entièrement.

Deuxième Observation.

Denman rapporte un cas d'oblitération de l'extrémité supérieure du vagin occasionnée par une ulcération à la suite d'un accouchement laborieux. Il conseilla à la femme, qui, depuis la cicatrisation de l'ulcère n'avait plus ses règles, de différer l'opération nécessaire pour en rétablir le cours; parce qu'il présumait que le sang menstruel, en s'ac-

(1) Comment. Gotting. tom. III, art. 2.

cumulant au-dessus de la partie resserrée du vagin, pousserait par la suite les parties cohérentes, de manière à rendre l'opération plus sûre, plus efficace et plus facile. En effet, lorsque les parties furent tendues et poussées au-devant par l'amas des menstrues, le point le plus propre pour la perforation s'indiqua, l'opération se fit avec beaucoup de facilité, sans blesser ni la vessie ni le rectum, qui se seraient trouvés intéressés dans l'incision, si l'on n'eût attendu les effets qui devaient résulter de l'accumulation du sang (1).

Plus les lésions du vagin se rapprochent de son orifice externe, plus il est facile d'y remédier par le moyen d'une incision.

Après l'opération il faut entretenir la dilatation de la partie, au moyen d'une tente que l'on enduit d'un médicament approprié, et dont on augmente progressivement le volume jusqu'à l'entière cicatrisation.

---

(1) Tome 1er., page 112.

OBSERVATIONS

Sur la rétention du sang mensuel occasionnée par l'imperforation ou l'oblitération de la membrane hymen.

Première Observation.

Amand, qui rapporte trois cas de cette nature, dans lesquels il a fait l'incision de la membrane, dit, à l'occasion de celui qui fait le sujet de l'observation 117, que la jeune personne, âgée de quinze ans et demi, souffrait depuis neuf mois de cruelles douleurs de reins, de coliques, accompagnées d'un sentiment de pesanteur vers le bas, et de suppression de l'urine; que l'on avait d'abord employé la saignée du bras, du pied, les purgatifs, les bains, sans succès; que ce ne fut que lorsque l'auteur de cette observation fut appelé, que la cause de la maladie a été reconnue: il fit l'incision de la membrane, et il sortit du vagin deux pintes et demie de sang (1).

Deuxième Observation.

Magnan (2) fait mention d'une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, qui éprouvait, tous les mois,

(1) *Pratique des Accouchemens*, Obs. XXXIV, LVIII et CXVIII.

(2) *Histoire de la Société de Médecine*, 1776.

de violentes coliques, accompagnées de suppression d'urine, occasionnée par la rétention du flux menstruel. La membrane hymen fut imperforée, et l'on retira du vagin environ deux livres de sang.

Troisième Observation.

Aquapendente offre l'exemple d'une jeune fille, âgée de treize ans, chez qui l'hymen était tout-à-fait clos. Vers la première époque menstruelle, elle éprouva dans la région lombaire, dans le bas-ventre, des douleurs qui venaient se terminer à l'articulation des hanches et des cuisses. Elle fut traitée pour la goutte sciatique. Le corps s'affaiblit; il survint une fièvre lente continue, accompagnée de nausées, d'insomnies et de délire; par la suite il se forma une tumeur dure, douloureuse, dans l'abdomen. On avait remarqué que tous ces accidens augmentaient chaque mois. Enfin, on s'aperçut que l'hymen était imperforé; on en fit l'ouverture, et la jeune fille fut guérie, quoiqu'elle eût été réduite à la dernière extrémité.

Hippocrate assure qu'une jeune fille devint boiteuse par la rétention du sang menstruel, qui exerçait de la compression sur les nerfs sacrés (1).

(1) *Chambon*, Tom. Ier., page 36.

Quatrième Observation.

Monro rapporte un cas à-peu-près semblable. Depuis l'âge de quinze jusqu'à dix-neuf ans, la jeune fille éprouvait, périodiquement, tous les symptômes qui accompagnent l'évacuation menstruelle. A cette époque, on fit l'incision de la membrane qui formait l'obstacle à la sortie du sang, dont la quantité fut évaluée à trois pintes et demie. La nuit suivante il en sortit encore environ une demi-pinte, et depuis la malade s'est bien portée (1).

Cinquième Observation.

Dans un cas rapporté par *Benevoli*, l'abdomen était tuméfié, l'excrétion de l'urine supprimée. Il avait essayé plusieurs fois, sans succès, d'introduire la sonde dans le méat urinaire, pour évacuer l'urine. Ayant renouvelé ses tentatives, et poussant l'instrument avec plus de force que de prudence pour l'introduire dans la vessie, il ouvrit, sans le vouloir, la membrane hymen. Aussitôt il s'échappa du vagin une énorme quantité de matière noire estimée à trente-deux pintes.

Sixième Observation.

Asdrubali, appelé pour un cas d'ischurie chez une fille de seize ans, se disposait à vider la vessie

(1) *Smellie*, Tom. XI, Obs. 9.

avec la sonde. Mais à peine eut-il écarté les grandes lèvres de la vulve, qu'il fut frappé d'une énorme tumeur livide qui occupait toute la circonférence de l'orifice du vagin. Ayant reconnu la nature de cette tumeur, il vida préalablement la vessie, et peu d'heures après il donna issue au sang, dont l'accumulation avait causé la rétention de l'urine (1).

Septième observation.

Bardy rapporte qu'une jeune fille éprouvait tous les mois, pendant plusieurs jours, des douleurs dans la région utérine. Les parties extérieures étaient développées, distendues comme dans les derniers temps du travail de l'accouchement naturel : les grandes lèvres étaient effacées, les nymphes ne formaient plus que deux lignes superficielles; l'anus, repoussé en arrière, était dilaté; l'excrétion de l'urine et des matières stercorales ne se faisait qu'avec des efforts douloureux; l'hymen était couvert d'érosions occasionnées par l'état d'irritation de cette partie; la santé en était fort altérée. Après l'ouverture de cette membrane, il sortit du vagin une matière gélatineuse du poids de six livres (2).

---

(1) *Trattate dell'Arte obst.* Tom. 1er., page 95.

(2) *Medical and chirurgical Review.* September 1817.

Huitième Observation.

Denman fut consulté pour une jeune fille de vingt-deux ans qui se plaignait depuis long-temps de douleurs dans la région de l'utérus. L'abdomen était très-développé. Cette fille était soupçonnée d'être enceinte, quoiqu'elle donnât les plus fortes assurances de ne l'être pas. Elle n'avait jamais eu ses règles. Lorsqu'on l'eut déterminée à se soumettre à l'examen, on trouva le fond de l'utérus élevé jusqu'à l'ombilic. On remarquait aux parties externes une tumeur molle, ronde, à l'entrée du vagin, qui simulait la tête d'un enfant près de franchir la vulve.

Le lendemain matin on fit une incision sur la membrane hymen, qui avait acquis une consistance charnue, une épaisseur proportionnée à l'état de distension où elle était parvenue. Il s'en est échappé quatre livres de sang, de la couleur et de la consistance du goudron. La tuméfaction de l'abdomen cessa aussitôt. On fit ensuite plusieurs incisions obliques sur les bords de la membrane : opération nécessaire pour prévenir la réunion de la plaie jusqu'à l'époque prochaine des règles.

Neuvième Observation.

Macaulay, appelé auprès d'une fille de dix-neuf ans, dont le ventre et les mamelles étaient très-développés, le pouls fébrile, qui éprouvait des douleurs

semblables à celles de l'enfantement, et chez qui l'excrétion de l'urine ne se faisait point, prescrivit la saignée, des lavemens et d'autres remèdes appropriés à l'état où il croyait la malade.

Le lendemain, l'ayant examinée, il crut sentir les membranes de l'amnios, et assura que la malade était en travail pour accoucher. Après trois heures d'absence, ayant trouvé les choses dans le même état, il prit de nouvelles informations; il apprit alors que cette personne n'avait jamais été réglée; l'ayant touchée avec plus d'attention, il reconnut que ce qu'il avait pris pour les membranes de l'enfant, n'était autre chose que la membrane hymen imperforée, et qui était chassée au-dehors des grandes lèvres par la compression du fluide qu'elle retenait.

Il fit l'ouverture de cette membrane, par laquelle il sortit environ deux pintes d'un sang noir et épais. A mesure que le sang sortait, l'urètre, devenu plus libre, laissait passer l'urine; la malade se trouva promptement soulagée et rétablie. Elle se maria six mois après (1).

Dixième Observation.

On trouve dans un des derniers N^os^. du *Journal général de Médecine* (2) le récit d'un fait qui pré-

(1) *Smellie*, Tom. II, page 18.

(2) Voyez le N°. 266, page 74.

sente une double oblitération de l'orifice de l'utérus et du vagin.

Depuis plus d'un an, une jeune fille d'une forte constitution, et chez laquelle aucun écoulement menstruel n'avait encore paru, éprouvait des accidens nerveux et hystériques qui augmentaient chaque mois, et parvinrent enfin à une intensité qui fit craindre pour ses jours. Au milieu d'un accès violent de douleurs mensuelles, elle sentit quelque chose *craquer* et *comme se déchirer* vers le haut du vagin, et un corps tomber sur la vulve et chercher à sortir au dehors en faisant tumeur. Les accidens sont au plus haut degré d'intensité quand on procède *pour la première fois,* après *quatorze mois de souffrance,* à l'examen des parties génitales. On trouva le périnée bombé et les grandes lèvres tuméfiées, offrant dans leur intervalle une tumeur rougeâtre et oblongue, d'avant en arrière, de la forme et de la grosseur d'une moitié d'œuf de poule, faisant continuité de toutes parts avec la base des grandes lèvres, descendant à deux ou trois lignes du niveau de leur bord libre, et simulant assez bien la poche des eaux de l'amnios, très-distendue et prête à franchir la vulve. Les petites lèvres étaient entièrement effacées; le méat urinaire se trouvait relevé vers la face antérieure des pubis, et presque totalement recouvert par le prépuce du clitoris, de sorte que l'urine ne pou-

vait tomber que goutte à goutte, en nappe et de côté.

On incisa la membrane dans la direction de la ligne médiane. La malade ne se plaignit d'aucune douleur. Un sang noirâtre, *inodore*, à demi liquide, sortit en un gros jet à plus de deux pieds, au moment de l'incision. La quantité de sang fut évaluée à six livres; le rétablissement fut prompt.

Quelquefois c'est l'orifice externe du vagin qui, plus ou moins imparfaitement, se trouve oblitéré par l'effet de quelques accidens, tels qu'une brûlure sur cette partie, ou la cicatrisation d'une plaie occasionnée par le frottement (1), ou par l'effet des accouchemens précédens, ou en conséquence de quelques maladies, telles que la variole, les ulcères syphilitiques, etc.; circonstances qui peuvent donner lieu à la rétention du sang menstruel chez de jeunes filles, comme chez les femmes, et qui exigent la séparation des parties réunies pour rendre au sang son cours naturel.

Les exemples que nous avons rapportés indiquent assez l'attention que l'on doit apporter dans la recherche des causes de l'aménorrhée, avant de perdre un temps précieux dans l'application de remèdes inutiles, et souvent très-dangereux. On ne doit point perdre de vue non plus que la ré-

(1) *Amand*, Obs. 1re., pag. 44.

tention des premières menstrues devient elle-même une cause irritante qui stimule l'utérus et y appelle une plus grande quantité de sang à chaque époque; le développement des vaisseaux augmentant avec celui de l'organe, le flux mensuel prend le caractère d'une *véritable hémorragie interne,* dont les conséquences déterminent des accidens graves qui peuvent avoir des suites très-funestes, sous les rapports moraux et physiques de l'individu (1).

On voit également par ces mêmes observations avec quelle réserve on doit prononcer sur l'existence d'une grossesse, avec laquelle la rétention du sang menstruel a tant de rapports. Cependant la présence de l'hymen, l'oblitération de l'orifice du vagin, ne seraient pas des témoignages certains de l'inexistence de la grossesse, puisque l'on a une foule d'exemples de femmes qui sont devenues enceintes, quoique cette membrane eût conservé toute son intégrité apparente (2) : on ne

(1) Ce que nous avons vu dans un cas pour lequel nous avons été consultés : la jeune personne, âgée de dix-huit ans, n'ayant point voulu se soumettre à l'examen d'un homme, nous cédâmes aux sollicitations pressantes des parens pour constater l'état de la malade, et remédier à l'accident. Deux incisions en X, avec la lancette, ont suffi pour donner issue au sang.

(2) Ambroise Paré, *Hildamus Cent.* 161. Obs. 60; Ruish.,

peut donc prononcer avec assurance sur la cause du développement du ventre de la femme, qu'après avoir détruit les adhérences des parties oblitérées.

Les détails que présente chacune de ces observations nous dispensent d'exposer le diagnostic et le pronostic de ces sortes de cas. Nous ajouterons seulement au traitement dont il est fait mention, de faire quelques injections dans le vagin avec une décoction de racine de guimauve et de fleurs de camomille; de prescrire des demi-bains. Le traitement interne doit être relatif à l'état général de la malade.

SECTION II.

De l'hémorragie utérine interne, indépendante de la grossesse, occasionnée par l'oblitération temporaire de l'utérus.

Quoique les parties de la génération soient convenablement disposées pour livrer issue à l'écoulement du sang mensuel, il arrive cependant assez souvent que cette évacuation a de la peine à s'établir, ou qu'après avoir paru pendant quelque

---

Obs. 22; Mauriceau. Obs. 439; Beaudelocque, et beaucoup d'autres, rapportent de ces cas de grossesse accompagnés de l'oblitération du vagin ou de l'hymen.

temps, à des époques régulières, elle se supprime pendant quelques mois, et reparaît accompagnée de douleurs violentes dans les reins, dans les aines. Quelquefois alors, au lieu d'un sang fluide, c'est une substance membraneuse qui s'échappe du vagin et qui est expulsée par des contractions douloureuses, comme dans le cas d'avortement. On rencontre fréquemement de ces substances membraneuses chez de jeunes filles dont la chasteté physique au moins ne laisse pas le moindre doute. Ces sortes de productions se font également remarquer chez des femmes mariées qui ont été mères, et chez d'autres qui n'ont jamais eu d'enfans.

Morgagni donne la description de cette membrane dont la forme triangulaire correspond, dit-il, à la cavité de l'utérus; sa surface est lisse et son expulsion est toujours suivie d'un écoulement de sang que la présence de cette membrane retenait dans l'utérus (1).

C'est cette même membrane que *Hunter* a décrite sous le nom de décidua.

Pasta s'exprime ainsi à ce sujet : j'ai vu plusieurs fois des demoiselles très-chastes rendre des caillots de sang plus ou moins considérables, et souvent aussi des *fragmens de membranes*, lorsqu'un acci-

(1) Epist. XLVIII, art. 12.

dent imprévu venait déranger chez elles la menstruation. Je me souviens d'une fille chaste et honnête qui, vivant dans le cloître depuis plusieurs années, me montra, tout épouvantée, un caillot de sang qu'elle disait, et qui paraissait être effectivement un morceau de chair; ce corps était de la grosseur d'un œuf de colombe, recouvert d'une peau par un de ses côtés, entrelacé à l'intérieur, ainsi que dans toutes ses parties, de grosses et fortes fibres, et marqué de taches roussâtres. Il était sorti avec douleur de l'utérus, sur la fin des règles qui avaient été plus abondantes que de coutume (1).

Denman, qui a observé cette membrane, dit qu'elle peut exister sans le commerce des sexes, et que la matrice a la propriété de la former, soit aux périodes du flux menstruel, soit dans l'intervalle. Il ajoute que, chaque fois que les femmes ont expulsé cette membrane, les menstrues ont été douloureuses, que l'évacuation s'en est faite lentement, et probablement avec difficulté, jusqu'à ce que la membrane fût expulsée; que l'excrétion de cette membrane se fait quelquefois par petits flocons; que d'autres fois les pièces ont l'étendue de la moitié de la cavité de la matrice,

(1) *Traité des pertes du sang*, Tom. I, page 22.

dont elles conservent le moule. Il pense que cette membrane est toujours expulsée lorsque la menstruation est habituellement pénible (1).

Levret rapporte un cas qui paraît avoir beaucoup d'analogie avec celui qui est occasionné par la rétention de cette membrane.

Une jeune fille qui, depuis l'âge de quinze à seize ans jusqu'à dix-neuf, avait toujours été bien réglée, cessa de l'être tout-à-coup. Sa constitution s'en trouva fort altérée; elle s'adressa à un médecin qui mit en usage la saignée du pied, les fondans, les anti hystériques et les emménagogues. Au bout d'un mois le flux menstruel s'établit, et dégénéra en hémorragie. On examina l'orifice, où l'on reconnut la présence d'un corps étranger. La malade s'étant mise entre les mains d'un empirique, elle mourut peu de temps après.

Lors de l'ouverture du cadavre, on trouva l'utérus de la grosseur du poing, renfermant un corps du volume d'une petite poire, un peu aplati en dessus et en dessous. Cette masse occupait la cavité du corps et du col de l'organe, *sans y être adhérente dans aucun point.* Elle avait la con-

---

(1) *Introduction à la pratique de l'art des Accouchemens*, Tom. Ier., page 196.

sistance d'un gésier, elle était lisse et recouverte d'une couche de caillots de sang très-pâle (1).

Le professeur Chaussier dit, en parlant de la non-existence de la membrane muqueuse de l'utérus, que, quelquefois, on trouve à la face interne de cet organe une couche mince, molle, élastique, qui, par sa texture, sa ténuité, a toute l'apparence membraneuse, et qu'on peut l'en détacher dans une étendue plus ou moins grande, par la dissection ou la macération; mais en l'examinant avec attention, dit-il, cette couche membraniforme nous a toujours paru une simple concrétion couenneuse accidentelle qui, comme dans le larynx et les autres organes creux, se forme dans la cavité de l'utérus par un mode particulier d'irritation. En augmentant la sensibilité de la surface de ce viscère, elle altère la secrétion du fluide qui s'en exhale, et lui donne une consistance couenneuse ou plastique (2).

Quelquefois, ajoute le même professeur, cette membrane se fond, se liquéfie et se trouve entraînée avec l'excrétion menstruelle; d'autres fois,

---

(1) Observation 42e; la 43e. du même auteur présente un cas à-peu-près analogue : la femme fut guérie après l'extraction de ce corps.

(2) Voyez la lettre qui termine le *Traité des hémorr. utér.* Trad. de l'anglais de *Rigby* et *Duncan*.

formée et modelée dans la cavité de l'utérus, cette concrétion couenneuse a beaucoup de solidité et de tenacité; et en se détachant de la cavité de l'utérus, elle s'insinue dans l'orifice, se prolonge dans le vagin, et y forme une tumeur qui a l'apparence d'un polype. Il rapporte l'exemple d'une jeune femme qui n'avait point eu ses règles depuis deux mois, chez laquelle il reconnut l'existence de ce sac couenneux, dont la cavité était remplie d'un sang brunâtre, à demi-fluide. Il en fit l'extraction avec les doigts; il s'écoula encore quelques cuillerées de sang qui était retenu dans l'utérus; après quoi les douleurs, les spasmes ont entièrement cessé, et les menstrues ont repris leur cours habituel.

Il pense que c'est la présence de cette membrane qui a pu faire croire à *Colomb,* de Lyon, au prolapsus de la membrane muqueuse de l'utérus, et dont ce dernier fit la ligature.

Le même professeur attribue à la présence de cette concrétion couenneuse dans l'utérus, l'occlusion apparente de l'orifice de ce viscère, pour laquelle on a pratiqué l'incision du col; la plupart des menstruations laborieuses, et peut-être la stérilité de quelques femmes.

Traitement.

L'usage assidu des bains, un régime convenable, les calmans, les boissons propres à diminuer l'irritation qui se renouvelle aux époques menstruelles; les cataplasmes, les fomentations émollientes, arrosées de laudanum, appliquées sur la région hypogastrique; tel est le traitement proposé dans ces sortes de cas par le professeur cité.

CHAPITRE II.

De l'hémorragie utérine interne, dépendante ou consécutive de la grossesse.

SECTION PREMIÈRE.

Dans les six premiers mois de la grossesse, ces sortes d'hémorragies doivent être fort rares; on pourrait même assurer, sans crainte de se tromper, qu'il est impossible que l'hémorragie interne soit assez considérable pour occasionner la mort de la femme, parce que, 1°. dans les six premiers mois de la grossesse, les vaisseaux utérins, moins volumineux, fournissent moins de sang; 2°. les fibres de l'utérus, plus rénitentes, cèdent moins facilement à la force d'extension, et encore moins à une dilatation rapide; 3°. que la capacité de l'utérus étant

moins grande, son orifice se trouvant plus près de la source qui fournit le sang, ce fluide se manifeste plus promptement à l'extérieur, le petit volume du fœtus ne pouvant y apporter aucun obstacle; 4°. que l'utérus, rempli par le sac membraneux qui contient l'eau et le fœtus, ne laisse point assez de place dans sa cavité pour la réunion d'une masse de sang assez considérable pour occasionner la mort de la femme, ainsi qu'on l'a pu voir dans les cas rapportés précédemment à l'occasion de l'imperforation de l'hymen, où les femmes ont résisté à la perte de plusieurs pintes de sang accumulé dans l'utérus et dans le vagin ; 5°. que le raisonnement, fortifié de l'observation journalière, prouve que le moindre épanchement entre les membranes et l'utérus, agissant comme corps étranger, suffit pour déterminer la contraction de l'utérus et l'ouverture de son orifice qui en est l'inévitable conséquence (à moins qu'il n'y ait occlusion accidentelle). D'après toutes ces considérations, il est permis de douter que la perte interne, arrivée à trois mois de grossesse, ait été la cause de la mort de la jeune femme dont parle *Chevalier* (1). Cet accident n'a pu être que l'effet de la cause inconnue de la mort de cette femme qui était enceinte de son quatrième enfant, et chez la-

(1) *Journ. de Médecine, Chirurgie et Pharmacie.* Mai 1811.

quelle on n'a point aperçu d'oblitération accidentelle de l'orifice.

Rare encore dans les trois derniers mois de la grossesse, c'est cependant plus particulièrement dans cette dernière période, et sur-tout vers la fin de la gestation, que l'on a remarqué l'hémorragie interne utérine. En effet, l'utérus ayant acquis un degré d'amplitude plus considérable, ses vaisseaux sont plus gros, plus volumineux; l'organe, plus souple, plus abondamment abreuvé de fluide, est susceptible de se prêter à une distension plus grande, plus rapide. La membrane de connexion, plus allongée, plus mince, est aussi plus facile à se rompre par l'afflux trop grand du sang versé dans les mailles de son tissu; les orifices des vaisseaux ouverts étant, en général, plus éloignés de l'orifice de l'utérus, il se trouve une plus grande étendue de membrane à détruire, avant que le sang soit parvenu à trouver une issue; l'écoulement tarde davantage à se manifester à l'extérieur; le fœtus, plus gros, se trouvant en contact plus immédiat avec le viscère qui le renferme, devient lui-même un obstacle à la sortie du sang. Mais le plus souvent c'est la tête qui obstrue l'orifice utérin, soit par la simple compression, comme avant qu'il soit dilaté; soit en le bouchant exactement, comme dans le troisième temps du travail, où l'orifice est étroitement serré sur la poche de l'eau

ou sur l'occiput. L'orifice de l'utérus lui-même, lorsqu'il est encore clos, que ses bords sont agglutinés par la présence de cette matière glaireuse, qui ne s'écoule ordinairement qu'après les premières contractions, peut encore être un obstacle, mais momentané, à la sortie du sang.

Toutes ces causes nous paraissent suffisantes pour expliquer le mécanisme de la perte utérine interne. Cependant nous ajouterons celles que l'on considère comme les plus fréquentes, et que nous croyons, au contraire, les plus rares : l'adhérence contre nature du placenta ou d'une portion de membrane.

Nous sommes persuadés que toutes les hémorragies utérines externes sont précédées de pertes *internes*. Indépendamment de la cause principale qui donne lieu à l'hémorragie, la durée de la rétention du sang est relative, 1°. à la force d'impulsion qui en entretient l'écoulement; 2°. à la distance qui se trouve entre la source qui le fournit et l'orifice utéro-vaginal; 3°. au degré d'atonie de l'utérus; 4°. aux obstacles que rencontre le sang dans le trajet qu'il a à parcourir pour se manifester à l'extérieur. Aussi trouve-t-on constamment une collection de sang plus ou moins considérable dans l'utérus après la sortie de l'enfant, même dans le cas où il n'y a point eu du tout d'hémor-

ragie, après l'accouchement le plus simple et le plus naturel.

Ainsi, l'on ne saurait révoquer en doute la possibilité de la perte utérine vers la fin de la grossesse, lors même que l'observation n'en fournirait point d'exemples.

L'utérus jouit d'une propriété extensive très-étendue, puisqu'il peut contenir deux, trois fœtus avec leurs annexes; cependant cette expansion a des bornes. L'utérus ne se prête à l'agent de son extention que lentement et graduellement. Dans les cas de grossesses doubles ou triples, l'ensemble des fœtus n'offre souvent pas beaucoup plus de volume que certains enfans qui sont solitaires dans l'utérus, et, nous le répétons, nous ne pensons pas, à quelque terme que soit la grossesse, que l'utérus, rempli par le produit de la conception, puisse admettre un volume de sang aussi considérable que quand l'organe est récemment vide, ni que cette quantité soit suffisante pour occasionner la mort de la femme.

Dans tous les cas rapportés sur ces sortes d'hémorragies, leurs auteurs nous disent bien qu'il y avait une quantité de sang considérable dans l'utérus; mais on n'en donne toujours l'estimation que par aperçu, et jamais d'une manière exacte. Jamais on n'a pesé ni mesuré la quantité de sang qui résultait de ces sortes d'hémorragies; et si l'on

fait la part de l'exagération dans ces aperçus, la perte se trouvera réduite de beaucoup.

Dans les femmes qui ont succombé aux effets de la perte interne, on s'est borné à la simple inspection de l'utérus. Dans aucun des cas parvenus à notre connaissance il n'est fait mention que l'on ait poussé les recherches dans le cerveau, dans le cœur, dans les principaux vaisseaux, où l'on aurait pu trouver la cause de la mort inopinée des femmes chez qui l'on a vu l'utérus rempli de sang coagulé. Et ces négligences que nous signalons doivent nécessairement laisser des doutes sur les dangers que l'on attribue à cette espèce d'hémorragie.

Comment, d'ailleurs, concilier l'idée que l'on a généralement de la gravité de cet accident avec le précepte établi, et presque par-tout adopté, de tamponner le vagin, pour arrêter la perte utérine externe dans le cas de grossesse? Ce sont, cependant, les mêmes praticiens qui émettent deux opinions aussi contradictoires. Car, si la perte utérine interne dans le cours de la gestation est une maladie mortelle, proposer l'application du tampon dans le cas de perte externe, c'est proposer de tuer la malade pour la guérir.

Mais écoutons ce que dit un de nos auteurs distingués au sujet de l'application du tampon dans

le cas d'hémorragie utérine externe accompagnée de la rigidité des fibres du col de l'utérus.

« Le tampon employé dans le cas dont il s'agit » ici, en distendant la matrice, irrite cet organe » et en sollicite les contractions. S'il est prouvé, » comme je l'ai fait voir, que le tampon agit en » stimulant, il remédie donc à la cause de l'hé- » morragie, qui dépend d'un état d'inertie qu'il » fait cesser. Dès qu'il stimule, il ajoute par con- » séquent indirectement des forces, et fait naître » des contractions qui ont nécessairement pour » effet de resserrer le calibre des vaisseaux, *quoique* » *pour les obtenir, on commence d'abord par dis-* » *tendre l'organe.* Je conviens même que le tam- » pon dilaterait les vaisseaux et pourrait augmenter » l'hémorragie, s'il ne sollicitait pas promptement » les contractions de l'utérus, par cela même » qu'il les distend outre mesure par l'accumula- » tion du premier sang qui s'écoule : la distension » de la matrice, loin de s'opposer à la contraction » de cet organe, devenant au contraire un moyen » de l'obtenir, il n'y a point de contraction entre » ces deux effets » (1).

Si le tampon artificiel produit cet effet (la perte interne), et que l'accumulation du sang détermine

(1) *Gardien.*

la contraction de l'utérus, les résultats doivent être les mêmes dans tous les cas d'épanchement interne; il n'y aurait donc point d'inquiétudes à avoir pour ses conséquences : car elles devraient être les mêmes dans tous les cas où c'est la tête du fœtus qui pèse sur l'orifice ou qui y est déjà engagée en partie. Ce tampon interne qui cause l'accumulation intérieure du sang, n'est pas moins propre à irriter cet organe, à en détermener la contraction. Il y a bien moins à craindre dans ce cas pour une accumulation excessive de sang, puisque le fœtus est encore tout entier dans l'utérus, que dans le cas où l'on a fait la version de l'enfant par les pieds, et dans lequel on recommande de ne l'extraire que jusqu'aux fesses : *ainsi placé sur l'orifice,* dit le même auteur cité, *les fesses faisant l'office de tampon, le sang qui s'écoulerait serait retenu à l'intérieur, et contribuerait, comme un corps étranger, à solliciter les contractions de la matrice en la distendant.*

Cependant, lorsque les eaux sont récemment évacuées, qu'une portion du fœtus est sortie de la cavité de l'utérus, si, à cause de l'inertie de ce viscère, l'expulsion du reste tardait trop à se faire, et que l'hémorragie continuât, l'accumulation du sang pourrait être beaucoup plus considérable qu'auparavant, puisque l'utérus inerte pourrait, en se développant de nouveau, rendre au sang la

place qu'occupaient les eaux et la partie extraite du fœtus, comme il arrive très-souvent après l'expulsion ou l'extraction totale du produit de la conception.

Que conclure de tout ce que nous venons d'exposer? C'est que la perte interne, dans le cas de grossesse, *en distendant ce viscère outre mesure, est un moyen certain d'en déterminer la contraction;* que la maladie devient elle-même son propre remède; que la perte utérine interne, au lieu d'être plus dangereuse, l'est moins que la perte externe dans le même cas de grossesse; que, s'il en était autrement, il faudrait bannir le tampon de la thérapeutique des hémorragies utérines.

Cependant cette maladie, comme hémorragie, est toujours un des accidens les plus graves, puisque le fœtus en est la première victime; que la faiblesse générale du sujet et l'inertie de l'utérus en sont les conséquences inévitables; que ce dernier accident devient le plus souvent et très-promptement mortel après la délivrance.

La perte interne pendant la grossesse mérite donc la plus sérieuse attention et la plus grande diligence dans l'emploi des moyens propres à la faire cesser.

Toutes les causes qui donnent lieu à l'hémorragie utérine externe peuvent déterminer l'accident actuel : 1°. la perte est *active* par pléthore générale

ou locale ; 2°. elle est *passive* par faiblesse de la constitution du sujet, ou par l'inertie de l'utérus seulement; 3°. elle peut être encore l'effet du spasme de l'utérus; occasionnelle ou accidentelle, etc.

La connaissance des causes, qui doit amener des différences dans le traitement des hémorragies externes, sert moins de règles dans le cas présent, que pour y apporter quelques modifications et établir le diagnostic de la maladie. Ainsi, ce que nous avons dit sur les causes des pertes utérines en général, doit suffire pour notre objet.

SECTION II.

Diagnostic de l'hémorragie utérine interne dans l'état de grossesse.

Lorsque l'épanchement s'est fait avec lenteur et progressivement, ces signes doivent être le plus souvent méconnus ou très-équivoques.

Signes locaux : Douleurs accompagnées de pesanteur dans la région utérine; développement plus ou moins rapide de l'utérus ; sa forme globulaire est plus arrondie et plus solide au toucher. Lorsque s'annoncent les douleurs, les contractions sont faibles et éloignées; elles cessent même, si l'accident augmente. Lorsqu'il reste encore assez d'énergie à l'utérus, en s'ouvrant, son orifice laisse échapper des caillots avant la rupture des membranes; signe le plus certain de l'existence de

la perte interne. Mais le plus souvent on n'acquiert la certitude de l'épanchement sanguin qu'après l'accouchement.

Signes généraux : La pâleur de la face, la faiblesse du pouls, les défaillances, les syncopes, les convulsions, jointes au symptôme local prédominant, caractérisent la présence d'une collection de sang dans l'utérus.

Pronostic : L'épanchement est dangereux en raison de la gravité des symptômes et des obstacles qui peuvent s'opposer à l'expulsion ou à l'extraction prompte de l'enfant.

SECTION III.

Traitement de l'hémorragie utérine interne pendant la grossesse.

Pour remédier à l'accident actuel, on doit avoir égard aux trois conditions suivantes : 1°. l'action de l'utérus n'a point encore eu lieu; 2°. son action s'est annoncée, mais elle s'est ralentie; 3°. les contractions ont cessé entièrement.

Dans le premier cas, il faut exciter l'action de l'utérus; dans le second, soutenir, augmenter son action; dans le troisième, y suppléer entièrement par l'extraction partielle des corps qui entretiennent son inaction.

N'admettant la possibilité de l'hémorragie in-

terne que depuis le septième mois jusqu'à la fin de la grossesse, nous ne parlerons que du traitement à employer dans ces derniers cas.

Il n'est pas moins important dans le cas actuel que dans l'hémorragie externe, de s'assurer de l'état du col de l'utérus ; de la partie qui s'y présente de l'enfant, et du degré de mobilité dont il peut jouir encore au milieu du fluide dont il est environné.

L'existence de la perte interne étant incompatible avec la grossesse, la première indication qu'elle présente est d'exciter l'expulsion du produit de la conception, lorsqu'aucun obstacle ne s'y oppose, soit de la part des parties de la mère, soit du côté de l'enfant. L'observation suivante de *Mauriceau* renferme le précepte à suivre dans ce cas.

Première Observation (à sept mois).

« J'ai accouché une femme d'un enfant mort en son ventre depuis deux ou trois jours, durant lesquels elle eut des douleurs presque continuelles, sans aucune déclaration de véritable travail ; après quoi il lui parut une perte de sang qui, bien qu'elle ne fût que médiocre à l'extérieur, était néanmoins très-grande au-dedans, ainsi que je le reconnus par la grande quantité de caillots qui sortirent de la matrice, aussitôt que j'eus délivré cette femme de son arrière-faix, et *par l'extrême faiblesse où elle était avant d'accoucher;* ce qui m'obligea de

rompre les membranes des eaux dès qu'elles furent un peu préparées, afin d'accélérer l'expulsion de cet enfant mort, et d'empêcher par ce moyen l'augmentation de cette perte de sang qui la mettait au risque de perdre la vie, qu'elle aurait perdue sans le salutaire secours que je lui donnai. Cette perte n'avait été précédée d'aucune cause manifeste, sinon d'un flux de ventre dont cette femme avait été travaillée avant son accident, qui n'a été funeste qu'à son enfant, la mère s'étant bien rétablie. »

Mais si les symptômes étaient alarmans, il ne faudrait pas attendre, comme *Mauriceau*, que les membranes fussent préparées, pour les rompre. Il faudrait avoir recours à l'introduction de la sonde dans l'orifice pour percer les membranes et faire évacuer l'eau, afin de déterminer plus promptement les contractions utérines et les effets qui en résultent; c'est-à-dire, la compression du placenta, des caillots, le resserrement des vaisseaux, l'oblitération de leurs orifices, la dilatation de l'orifice utérin et l'expulsion de l'enfant.

Deuxième observation (septième mois de grossesse).

« Une jeune femme, forte, grande, d'un tempérament sanguin, d'une grande sensibilité, perdant beaucoup de sang à chaque époque menstruelle, mariée à un homme robuste, ressentit,

au septième mois de la grossesse, à la suite de l'embrassement conjugal, des douleurs profondes dans la région de l'utérus. Dans l'espace de six heures la matrice avait déjà acquis un *volume énorme;* les défaillances se succédaient à chaque instant. Effrayée d'un tel accident, la malade me fit appeler avec son chirurgien ordinaire : nous reconnûmes la source de tout ce désordre, quoiqu'il n'y eût aucune perte extérieure. Nous proposâmes l'accouchement, comme le seul moyen propre à sauver la mère, et nous eûmes le bonheur, en mettant en pratique la méthode de *Puzos*, de dilater assez le col pour percer les membranes. L'hémorragie continuant après une dilatation suffisante, le chirurgien opéra la version de l'enfant qui ne survécut que quelques minutes. La mère, quoique affaiblie par la perte d'une grande quantité de sang, partie fluide et partie en caillots, qui sortit avant et après le placenta, se rétablit parfaitement au bout de trois semaines» (1).

L'énorme volume de l'utérus, et la grande quantité de sang, ne donnent pas la moindre idée du degré précis du développement de l'utérus et de la véritable quantité de sang qui s'était épanchée. Les défaillances, qui se succédaient, indiquaient bien l'emploi de secours prompts et décisifs; mais si l'on

(1) *Perraud*, 1811.

avait jugé que la déplétion de l'utérus était le meilleur moyen dont on pût faire usage dans ce cas, il ne fallait pas d'abord rompre les membranes; il ne fallait les ouvrir qu'après avoir introduit la main dans l'utérus, ce que l'on devait tenter aussitôt que l'état de souplesse de l'orifice aurait pu le permettre, sans attendre une *dilatation suffisante* pour les cas de mauvaises positions de l'enfant. Nous pourrions relever plus d'une faute dans la conduite que l'on a tenue dans le cas qui fait l'objet de ce récit; mais nous devons mettre des bornes à nos réflexions, afin de trouver place pour une troisième observation sur ce sujet.

Troisième observation (à sept mois de grossesse.).

«Une femme sanguine, maigre et d'une sensibilité excessive, à sept mois de grossesse, crut devoir remettre au lendemain une saignée dont le besoin m'avait paru pressant à cause de la grande plénitude des vaisseaux, parce qu'il survint des vomissemens que l'on attribua à tort à une indigestion. Le même jour où la saignée aurait dû être faite, elle ressentit, de la part de son enfant, de violens mouvemens qui la fatiguèrent beaucoup (1). Quelques jours après elle accoucha d'un

(1) Voilà une circonstance qui arrive fort à propos pour donner de l'importance à l'avis proposé par l'auteur. Les dé-

enfant mort, dont les articulations, tant des extrémités que de la colonne, étaient roides. Le placenta sortit aussitôt, couvert dans les deux tiers de sa surface externe d'une couche de sang assez vermeil et coagulé, équivalant à cinq palettes. Le bord de ce placenta *était très-voisin de l'orifice de l'utérus,* et de l'autre il s'en trouvait très-éloigné; les deux tiers de cette masse s'étaient détachés accidentellement avant l'accouchement » (1).

La proximité où se trouvait le placenta de l'orifice de l'utérus, était une cause suffisante pour donner lieu à l'hémorragie qui fait le sujet de cette observation. L'auteur lui-même reconnaît qu'à cette époque de la grossesse où le col fournit à l'ampliation de l'utérus, les adhérences de la portion du placenta qui s'y trouve greffé se détruisent et donnent lieu à l'hémorragie, qui devient interne, quand il arrive que l'orifice est bouché, soit par la contraction de ses bords, par la présence des membranes, par la pression de la tête

---

tails qui accompagnent ce fait semblent amenés tout exprès pour justifier le besoin de la saignée : c'est ce que nous ne contesterons pas; mais il nous semble que les effets de l'indigestion auraient pu, tout aussi bien que la plénitude des vaisseaux déterminer la contraction sympathique de l'utérus.

(1) *Beaudelocque.*

ou par toute autre cause qui s'oppose à l'écoulement extérieur du sang.

Les exemples que nous avons rapportés laissant encore des lacunes à remplir pour le traitement de ces sortes de cas, nous tâcherons d'y suppléer en rappelant ici les moyens prescrits ailleurs. Lorsque les parties de la femme ne sont nullement disposées à l'accouchement, ou que les contractions faibles produisent peu d'effet, il faut commencer pour faire coucher la femme sur un matelas de crin ou tout autre lit frais; lui faire tenir la tête et la poitrine moins élevées que le siége, lui faire observer le plus grand repos dans cette situation ; il faut que la chambre soit aérée, fraîche, faiblement éclairée, éloignée autant que possible du bruit. On aura recours aux remèdes internes appropriés à l'état général de la malade, tels que les boissons accidulées, toniques ou calmantes, selon que l'hémorragie est déterminée ou entretenue par l'activité ou l'atonie du système général ou particulier de l'utérus. On doit spécialement insister sur les moyens propres à éveiller ou à entretenir l'action de l'utérus, tels que les frictions sur la région de cet organe, les titillations sur son orifice; les douces tentatives pour en agrandir l'ouverture; enfin, on fera usage de la bande de ventre, que l'on tiendra assez fortement serrée pour comprimer

les parois de l'utérus, et s'opposer à son développement ultérieur.

Lorsque la femme est très-faible, que l'utérus participe de cet état, que son inaction ne permet point d'espérer un accouchement naturel prochain, il faut introduire la main dans l'utérus, aussitôt que la souplesse de son orifice peut le permettre, et faire l'extraction partielle de l'enfant.

Lorsqu'on l'a amené jusqu'aux fesses, on resserre ou on applique, si on ne l'avait pas fait, la bande de ventre pour comprimer assez fortement l'utérus et prévenir un épanchement plus considérable; on met par-dessus la bande de ventre des compresses trempées dans l'oxicrat ou dans le vinaigre pur, pour déterminer la contraction de l'utérus et achever l'expulsion de l'enfant.

Immédiatement après l'accouchement, il faut reporter la main dans l'utérus, en même temps que l'on fait serrer la bande de ventre. Pendant que l'on exécute de légers mouvemens avec la main introduite dans l'organe, on fait, comme auparavant, des frictions ou des applications froides à l'extérieur.

On ne doit débarrasser l'utérus des caillots et du placenta, qu'à mesure que l'on sent ce viscère se resserrer sur la main introduite. On l'y laisse jusqu'à ce qu'elle soit chassée par la contraction.

CHAPITRE III.

De l'hémorragie utérine interne pendant le travail de l'accouchement.

A cette époque l'accident ne saurait être d'une longue durée, puisque le col est développé, les bords de l'orifice souples, minces, dilatables en proportion de l'épanchement qui s'est fait, et que les secours de l'art peuvent être appliqués plus promptement et avec plus de certitude de succès.

Le décollement du placenta, qui donne lieu à la perte interne, peut être occasionné, à cette époque, par des causes différentes, dont les unes sont du côté de la mère et les autres du côté de l'enfant.

Causes du côté de la mère : L'exacerbation des forces vitales ; les contractions de l'utérus ; les affections de l'ame ; l'abus des liqueurs alcooliques, ou les manœuvres inconsidérées pour abréger la durée des premières périodes du travail ; les lavemens irritans ; la rupture de l'utérus, etc.

Du côté de l'enfant : La brévité naturelle ou accidentelle du cordon ombilical.

Causes efficientes de l'hémorragie utérine interne.

Toutes celles dont nous avons fait l'énumération, mais particulièrement la poche de l'eau, ou la tête du fœtus qui bouche l'orifice de l'utérus.

Du côté de l'enfant, la rupture du cordon ombilical avant l'ouverture des membranes.

Signes de l'hémorragie interne occasionnée par le décollement du placenta.

Les signes locaux et généraux sont les mêmes que ceux qui ont été décrits précédemment : la tuméfaction progressive et plus ou moins rapide du globe utérin ; dans l'intervalle des douleurs, la sortie de caillots solides, rouges par l'orifice; la décoloration de la face, les vertiges, les baillemens, les tintemens d'oreilles, les défaillances, etc.

Signes de la perte interne occasionnée par la brévité du cordon ombilical.

La tête de l'enfant, au lieu d'avancer par l'effet des contractions, semble rétrograder ou rester stationnaire, quoiqu'elle soit convenablement placée, et que les parties de la génération paraissent disposées à lui livrer un passage facile ; mais ce signe est très-équivoque.

Les conditions que nous avons établies pour

les cas précédens, sont également indispensables pour le cas actuel. La conduite doit être la même par rapport à l'état de l'orifice, à la position de l'enfant, à la quantité d'eau contenue dans les membranes; elle doit être encore relative à la gravité et à l'intensité des symptômes.

Ainsi, lorsque l'enfant présente la tête, cas le plus ordinaire;

Que les membranes, dans leur intégrité, contiennent une certaine quantité d'eau;

Que l'utérus tend à faire des efforts pour se contracter, il faut ouvrir les membranes.

Lorsque les membranes sont ouvertes, soit naturellement ou par art, il faut soulever la tête de l'enfant pour faciliter l'évacuation de l'eau et des caillots qui pourraient s'être accumulés au fond de l'utérus, afin que ses parois, embrassant plus étroitement les surfaces de l'enfant, les orifices des vaisseaux se trouvent resserrés et comprimés, et que les contractions, devenant plus fortes, accélèrent l'accouchement naturel. Lorsque la femme a des défaillances, des syncopes, et que les membranes sont intactes, il faut introduire la main dans l'utérus, et là, rompre la poche de l'eau et se saisir des pieds de l'enfant pour les amener à la vulve. Il ne faut point négliger, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, l'usage des moyens propres à exciter la contraction de l'utérus, tels que les

frictions, les applications froides sur la région de ce viscère, pour hâter l'expulsion du reste du fœtus et prévenir un nouvel épanchement.

Mais lorsque l'action de l'utérus a cessé par l'effet de son excessif développement, que les membranes sont rompues et que la dilatation de l'orifice peut permettre l'application du forceps, il faut extraire la tête et ne point se hâter d'achever l'extraction du tronc de l'enfant; car il faut avoir sans cesse présent à l'esprit que la cessation de la perte ne dépend pas *de la déplétion de l'utérus:* s'il suffisait de vider ce viscère pour remédier aux hémorragies, cet accident ne devrait jamais avoir lieu après l'accouchement naturel ou artificiel; mais, au contraire, la cessation de l'hémorragie étant entièrement dépendante du resserrement des vaisseaux qui fournissent le sang, la contraction permanente de l'utérus est le seul moyen qui puisse l'opérer. C'est sur ce point que doit se diriger le traitement pour prévenir la récidive de cet accident, toujours si promptement funeste après l'accouchement.

C'est sur-tout dans le cas de grossesse double ou triple que l'on a lieu de craindre un épanchement interne. L'utérus est beaucoup plus développé; ses vaisseaux plus multipliés et plus volumineux; la pluralité des placenta occupant une plus grande étendue des parois de l'utérus que

lorsqu'il n'y en a qu'un seul, un plus grand nombre d'orifices vasculaires sont disposés à verser des torrens de sang, contre lesquels, le plus souvent, l'état atonique des fibres de l'utérus n'oppose qu'une faible digue. Après la sortie naturelle ou artificielle d'un des fœtus, le placenta de celui-ci, la partie qui se présente de celui qui reste, ou la poche de l'eau qui le renferme, bouchant l'orifice de l'utérus, s'opposent à l'écoulement extérieur du sang; l'accumulation de ce fluide peut être d'autant plus considérable qu'il s'est opéré un plus grand vide par la sortie du premier fœtus, et que son placenta, détaché peut-être dans sa totalité, ne peut être extrait qu'après la sortie de l'autre enfant, à moins, toutefois, que cette masse ne soit entièrement décollée et tout-à-fait distincte de celle du fœtus restant; car, autrement, il n'est point permis d'en tenter l'extraction, puisqu'on décollerait l'autre placenta, avec lequel il est ordinairement confondu. L'épanchement, dans ce cas, persiste donc, et augmente souvent jusqu'après la déplétion totale de l'utérus.

Mais cette déplétion ne doit se faire qu'avec lenteur et beaucoup de prudence. Il faut, après l'expulsion ou l'extraction du premier enfant, avoir l'attention d'employer tous les moyens propres à donner de l'énergie à l'utérus ou à augmenter sa force contractile, pour déterminer

cet organe à expulser lui-même les corps restés dans sa cavité. C'est particulièrement dans le cas de grossesse double que la bande de ventre peut être utile pour comprimer l'utérus et seconder l'action des parois abdominales affaiblies par une distension trop grande et de longue durée; qu'après la sortie du premier enfant, il faut serrer de nouveau cette bande dans la proportion du vide qui s'est opéré dans l'utérus, et qu'il faut ne négliger aucun des autres moyens dont nous avons pu parler ailleurs, pour prévenir l'accumulation du sang ou en empêcher les progrès. Si le second enfant est dans une situation favorable à la sortie naturelle, et que l'utérus fasse quelques efforts pour l'expulser, il faut saisir le moment où la nature fait un de ces efforts, pour faire évacuer l'eau; mais comme il y aurait du danger à en débarrasser brusquement l'utérus, il faudrait ne faire aux membranes qu'une petite ouverture avec un stylet, afin que ce fluide s'écoulât assez lentement pour donner le temps aux parois de l'utérus de reprendre l'activité convenable pour opérer sa contraction permanente.

Lorsque le second fœtus affecte une mauvaise situation, il faut rompre les membranes, et l'amener par les pieds, que l'on engage jusqu'à la vulve. Comme en général, dans le cas de grossesse double, les fœtus sont beaucoup moins volumineux

que dans les grossesses simples, à terme égal, l'expulsion s'en fera toujours facilement, si l'on porte tous ses soins à l'état de l'utérus.

Le temps où l'on doit procéder à la délivrance, et la manière de l'opérer dans ce cas, sont de la plus grande importance pour prévenir l'hémorragie, qui succède presque constamment au travail de l'accouchement de plusieurs enfans. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant de l'hémorragie interne qui précède la délivrance.

CHAPITRE IV.

De l'hémorragie utérine interne occasionnée par la rupture du cordon ombilical.

Le cordon ombilical, le placenta, peuvent être, comme le fœtus, sujets à des affections, à des maladies, à des dispositions particulières qui font éprouver des changemens dans leurs tissus, dans leurs formes et dans leurs dimensions.

Le cordon quelquefois est naturellement court; on en a vu de douze pouces qui formaient une circulaire autour du cou de l'enfant; on en a vu qui n'avaient que six pouces de longueur; dans un cas plus récent, on a eu un exemple d'un placenta attaché presque immédiatement à l'abdomen de

l'enfant ; dans tous ces cas, le placenta s'est décollé, mais ne s'est point séparé du cordon (1).

D'autres fois on a rencontré le cordon garni de nœuds ; plus souvent sa longueur excessive lui permet de faire plusieurs circulaires autour du cou, du tronc ou d'un des membres de l'enfant. D'autres fois encore on a remarqué que ses vaisseaux, particulièrement la veine, étaient dilatés à différens endroits, et formaient des espèces de tumeurs variqueuses : c'est sur-tout à cette disposition de la veine que l'on en attribue la rupture. C'est du défaut de longueur naturelle ou accidentelle du cordon que l'on fait dépendre la rupture partielle ou totale de cette chaîne vasculaire, dont il résulte une hémorragie interne dans la cavité des membranes.

Signes de cette espèce d'hémorragie.

Lors de l'ouverture de la poche membraneuse, l'eau se trouve teinte de sang ou mêlée de caillots. Les observations suivantes nous fourniront l'occasion de faire quelques remarques à ce sujet.

---

(1) *Mauriceau, Delamotte, Leroux*, et beaucoup d'autres, assurent avoir vu naître des enfans naturellement, et vivans, quoiqu'ils eussent trois circulaires de cordon autour du cou. Le premier dit avoir vu des enfans dont le cordon, ainsi tortillé, n'avait que six pouces de longueur. *Bonetti* assure que le même cas s'est présenté trois fois chez une de ses sœurs.

Nous commençons par l'observation de *Mauquet Delamotte*, qui paraît avoir servi de texte à celles de *Levret* et de *Baudelocque* dans le même cas.

Première Observation.

« Je fus mandé pour accoucher une dame, à cinq lieues de cette ville, qui ne sentit les vraies douleurs que trois jours après que je fus arrivé; mais quand elles eurent commencé, elles devinrent fortes et très-fréquentes. Je trouvai les eaux prêtes à s'écouler, et un peu de sang, dont ma main se trouva teinte (1). Les eaux percèrent bientôt après, et la tête de l'enfant se présenta au couronnement. »

« Je m'aperçus que le sang venait en abondance, ce qui me surprit, parce que je n'avais d'abord regardé ce léger écoulement que comme un présage assuré d'un accouchement prochain, ce qui me fit d'abord passer de mon apparente tranquillité dans une très-grande inquiétude, par l'augmentation considérable de cette perte de sang, qui devenait plus forte à chaque douleur (2)....

« Par bonheur, la jeune femme était forte et réso-

(1) Ce sang ne venait point de l'intérieur des membranes, puisqu'elles n'étaient point encore ouvertes.

(2) Il est présumable que le placenta était situé près de l'orifice.

lue... Elle fit valoir ses douleurs avec tant de courage, qu'elle accoucha enfin, plus par le secours qu'elle se donna elle-même, que par celui de la nature et par le mien.»

«L'enfant, qui était faible, était une fille, qui avait trois tours du cordon autour du cou; ce qui l'accourcissait tellement, qu'un des vaisseaux donna du sang dès le commencement du travail, et dont l'écoulement devint plus considérable à mesure que les douleurs augmentaient, etc. (1).»

Il est évident que *Delamotte* était dans l'erreur, puisque la perte s'était manifestée avant la rupture des membranes; elle dépendait du décollement du placenta, qui, probablement, était greffé près de l'orifice de l'utérus, comme semblerait l'indiquer la remarque qu'il fait, *que la perte augmentait à chaque douleur.* Retenu dans l'utérus par la présence de la poche membraneuse qui bouchait l'orifice, le sang coagulé s'est écoulé, lorsque l'eau qui formait obstacle à sa sortie a été évacuée. La circonstance des trois circulaires du cordon a pu étendre encore le décollement du placenta, que la dilatation de l'orifice avait déjà commencé, et augmenter ainsi l'hémorragie, qu'il attribuait à la rupture d'un point variqueux de la veine ombilicale. Il dit lui-même, en note : «Le sang s'é-

(1) *Traité complet des Accouchemens*, Obs. 249, p. 725.

» chappait du cordon, plutôt par *transsudation* que » par *ruption ;*» et il ajoute : « Ce qui me persuade » encore plus que le sang venait du cordon, c'est » qu'il n'en vint plus du vagin, *qu'après que j'eus* » *délivré la dame.* » Cette conséquence est précisément la preuve que l'épanchement s'était fait à l'extérieur des membranes; car, si le sang eût été fourni par la veine ombilicale, comme il le pensait, accumulés dans l'amnios, les caillots auraient immédiatement suivi l'enfant, s'ils n'eussent pu précéder sa sortie.

Deuxième Observation de rupture du cordon ombilical, extraite de la 35e. *de* Levret.

La femme qui fait le sujet de cette observation *perdait ses eaux depuis huit jours.* Le travail s'établit le neuvième jour au matin. A chaque douleur il s'échappait un peu d'eau, *mais point de sang.* A deux heures du soir l'orifice était tout-à-fait effacé. La tête de l'enfant occupait tout le vagin. Le vertex, légèrement tuméfié, s'avançait jusqu'aux grandes lèvres. Mais depuis dix heures du matin, la tête n'avançait plus, quoique les douleurs se fussent soutenues. Il ne sortait plus rien de la vulve, qui s'était infiltrée, ainsi que les extrémités inférieures.

A deux heures après minuit la femme se plai-

gnit de tressaillemens douloureux dans la matrice; le ventre était dur et tendu.

L'auteur soupçonna l'existence de l'hémorragie interne, sans en rien dire à personne.

La malade s'étant affaiblie, l'auteur fit l'application de son forceps, auquel il venait d'ajouter les nouvelles courbures. Il déclava la tête qui s'était engagée un peu obliquement (1). Après qu'il eut extrait la tête, *il tira dessus à deux ou trois reprises;* il s'aperçut alors que cet enfant avait plusieurs tours de cordon autour du cou qui l'avaient étranglé. L'enfant pesait quinze livres (2).

Dès que l'enfant fut passé, il sortit tout-à-coup un flot de sang et plusieurs *caillots.* Lorsqu'il prit le cordon pour extraire le délivre, il lui resta dans la main.

Il introduisit la main dans l'utérus, où il trouva beaucoup de caillots, dont il fit l'extraction; après

(1) On sait que cette marche oblique de la tête est nécessaire pour qu'elle puisse parvenir au détroit périnéal; mais à l'époque ou *Levret* écrivait cette observation, il croyait encore, avec les autres praticiens de son temps, qu'il fallait que la tête s'engageât en présentant la face vers le sacrum. De là tant d'applications inutiles du forceps.

(2) L'auteur annonce, dès le début de son observation, que tous les enfans que cette femme avait mis au monde ne pesaient pas moins de quinze livres. Dans la première édition de l'ouvrage, il est dit vingt-cinq livres!...

quoi il découvrit *que le fond de l'utérus s'était renversé en partie vers son orifice.* Il réduisit l'utérus dans sa situation, et le débarrassa du reste des caillots.

Le lendemain, il trouva l'utérus dur, tendu et *presque aussi développé qu'avant l'accouchement.* C'était la vessie qui n'avait point été évacuée, et dont on tira *quatre pintes d'urine.*

Et comment croire, d'après ce récit, qu'il y a eu hémorragie interne occasionnée par la rupture du cordon ombilical !...

La brévité de cette chaîne vasculaire ne saurait être un obstacle à la sortie de la tête de l'enfant. Avant l'ouverture des membranes, la rupture du cordon ne peut point s'opérer : torsadé sur sa longueur, jouissant d'une grande élasticité, il peut s'allonger de près d'un tiers sans se rompre. Quel est le praticien qui n'a pas été à même d'apprécier cette propriété dans les cas de rétention du placenta, après l'accouchement?

La rupture du cordon ne saurait se faire non plus après l'évacuation de l'eau de l'amnios. La cavité de l'utérus est moins spacieuse ; la paroi utérine où est greffé le placenta, quelque éloignée qu'elle soit de l'orifice, se trouve plus rapprochée du détroit abdominal. En supposant que la tête fût tout-à-fait plongée dans l'excavation du bassin, le cou de l'enfant se trouve engagé dans le détroit

supérieur de cette cavité. Et si la tête a tout-à-fait franchi l'orifice utérin, la cavité de l'organe se trouvant diminuée d'autant, le cordon, s'il était tiraillé, est maintenant relâché en proportion du rapprochement des parois de l'utérus sur le corps de l'enfant, qui lui-même est fortement fléchi sur sa surface antérieure. Ainsi, à mesure que l'enfant s'avance au-dehors, les parois de l'utérus se rapprochent dans la même proportion; le placenta s'avance au même degré; le tiraillement du cordon ne peut donc être que très-faible, point assez fort pour donner lieu à sa rupture, ni pour mettre obstacle à la sortie de la tête; le plus souvent elle n'est retenue que par le resserrement du détroit inférieur, par la contraction spasmodique du col de l'utérus, par l'élasticité du périnée, par sa mauvaise situation ou celle des épaules de l'enfant.

Il est donc presque certain qu'il n'y a point eu du tout d'hémorragie pendant la durée du travail, dans le cas rapporté par *Levret;* que le développement de l'abdomen n'était occasionné que par l'accumulation de l'urine; que la distension de la vessie a été un obstacle à l'accouchement naturel; que la rupture du cordon n'a commencé de se faire qu'à dater des tractions réitérées sur la tête, que, peut-être, la mauvaise situation des épaules empêchait de sortir plutôt encore que la brévité

du cordon ; que le cordon n'a achevé de se déchirer que par les tentatives peu ménagées pour extraire le placenta; que le renversement de l'utérus prouve que le cordon ne s'était point rompu avant l'extraction de l'enfant, et que ce n'est qu'alors seulement que l'hémorragie a eu lieu.

Troisième Observation de la rupture du cordon.

(Baudelocque.)

Une femme parfaitement à terme, levant la jambe pour entrer dans une baignoire, dont le bord était très-haut, ressentit un tiraillement douloureux vers les lombes, et perdit, en peu de minutes, plus d'une palette de sang; elle se remit au lit, et y passa ensuite quarante-huit heures dans le plus grand repos, sans que la perte reparût; mais pendant ce temps elle pâlit beaucoup, elle s'affaiblit, et la matrice acquit un volume évidemment plus considérable : le sang reparut après ce délai, et les douleurs de l'enfantement se firent sentir. L'état de faiblesse où je trouvai cette femme en arrivant chez elle, le peu de sang qu'elle avait perdu, et le développement qu'avait pris la matrice, depuis l'époque de la première perte, ne me permirent pas de douter qu'il existât un épanchement intérieur. J'en fis part au mari de cette femme; je ne lui dissimulai pas le danger qu'elle

courait; je lui annonçai qu'on serait obligé, d'un instant à l'autre, d'opérer l'accouchement, et je le pressai d'appeler M. *Trioson*, médecin, et l'ami de la famille, qui fut témoin de tout ce qui se fit et de tout ce qui eut lieu. Le travail de l'accouchement était à peine commencé, et l'action de la matrice, encore languissante, n'expulsait, à chaque effort, qu'un peu de sang fluide et très-séreux. L'orifice s'étant ouvert de la largeur d'un petit écu (1), et les douleurs ayant acquis de la force, il sortit de gros caillots mous, noirâtres et comme putréfiés, qui ne pouvaient s'être formés dans le vagin, où j'avais le doigt : ce qui fut suivi de plusieurs syncopes. Le bord de l'orifice de la matrice était très-souple, et bien certain d'ailleurs que l'enfant était en mauvaise position, j'ouvris la poche des eaux (2). Après ce fluide, qui était sanguinolent, des caillots plus abondans, plus gros, plus mous encore que les précédens, furent expulsés, et me parurent évidemment sortir de la cavité des membranes (3). Une syncope plus ef-

(1) Il ne fallait pas attendre ce degré d'ouverture pour opérer l'accouchement, au moins pour le tenter.

(2) Il est très-dangereux d'ouvrir les membranes lorsque l'enfant se présente mal; nous en avons dit la raison ailleurs.

(3) La poche membraneuse est si mince qu'il est bien difficile de distinguer, lorsque la rupture s'en fait hors la portée de la

frayante que les autres, suivie de convulsions, me fit craindre de perdre la femme avant de pouvoir la délivrer. L'enfant présentant les lombes, les fesses appuyées sur le côté gauche du bassin, je n'eus aucune peine à dégager les pieds. M'apercevant, à l'instant où les fesses parurent à la vulve, *que le cordon ombilical était passé entre les cuisses de l'enfant et médiocrement tiraillé, je voulus le relâcher en faisant descendre le bout qui montait le long du dos;* je le vis, avec surprise, tomber, comme de lui-même, au moindre effort que je fis pour le dégager, étant rompu à quelques pouces au-dessus du point où j'avais appliqué le doigt (1). Nous vîmes clairement que la plus grosse branche du tronc de la veine ombilicale était rompue *depuis quelque temps;* que les artères paraissaient déchirées plus récemment, et après la sortie de l'arrière-

---

vue, si le fluide qui s'échappe vient de l'intérieur ou de l'extérieur des membranes. En passant par le vagin, abreuvé de sang par la perte précédente, l'eau de l'amnios devait paraître *sanguinolente*. La poche membraneuse une fois affaissée a permis aux caillots qui étaient retenus derrière elle de s'écouler en même temps que l'eau de l'amnios, qui s'opposait à leur sortie : d'où vient sans doute la méprise de l'auteur.

(1) On remarquera que l'enfant avait deux circulaires autour du cou, et que c'est à la racine du placenta que le cordon s'est rompu.

faix, que le déchirement s'était fait à l'insertion même du cordon au placenta, etc.

L'enfant, qui avait deux circulaires, était né faible ; mais il vécut et fut mis en nourrice.

La mère est morte des suites d'une fièvre miliaire, le quarantième jour de sa couche.

Il semblerait que M. *Baudelocque* ait rédigé cette observation dans l'intention de se justifier de la mort de cette dame, dont les couches avaient été confiées aux soins de M. *Trioson.*

Mais, en examinant attentivement le récit de l'auteur, il nous paraît que la perte interne avait précédé le travail ; que la flexion forcée de la cuisse sur le ventre pour monter dans la baignoire, a pu occasionner une compression assez forte sur l'utérus pour déterminer le décollement d'une portion du placenta et l'accident qui s'en est suivi ; que la disposition du cordon, peut-être celle de son tissu, dont on ne parle pas, les tractions exercées d'une part sur les extrémités pour extraire le tronc, les tentatives pour dégager la portion de cordon *qui remontait le long du dos*, ont été la cause de sa séparation; que cet accident était inévitable au moment de l'extraction, à moins qu'on n'eût coupé le cordon avec les ciseaux. Comment présumer d'ailleurs que ces caillots mous, noirâtres, qui avaient eu le temps de se *putréfier*, eussent été fournis par la veine rupturée du cordon de cet enfant, *qui a*

vécu et été mis en nourrice? L'existence du fœtus est-elle compatible avec la privation totale, et de longue durée, du sang veineux du cordon ?

Les hommes d'une grande réputation ont besoin, bien plus souvent que d'autres, de se justifier; la jalousie, l'envie, ne pardonnent rien. Rendons hommage aux services éclatans que ces hommes célèbres ont rendus à l'art qu'ils ont illustré ; mais ayons le courage de signaler des erreurs qui, venant d'une source imposante, prennent le caractère de vérités préjudiciables à l'intérêt et aux véritables progrès de l'art.

Cependant, si l'examen approfondi des observations précédentes, et les réflexions que nous y avons ajoutées, ne suffisaient point pour détruire l'opinion, généralement admise, sur la possibilité de la rupture du cordon ombilical, avant l'ouverture des membranes, on conviendra, au moins, que les signes que l'on a établis pour reconnaître cette espèce d'hémorragie interne, sont très-équivoques et très-incertains. Le dégagement d'un gaz occasionné par la putréfaction d'un fœtus mort dans l'utérus peut donner lieu au développement de ce viscère, et aux symptômes généraux, qui caractérisent la perte interne. La nature même du sang épanché n'offre que de bien faibles ressources pour faire distinguer l'hémorragie utérine de l'hémorragie fœtale; car, dans le cas de rupture du cordon,

l'épanchement est produit par le sang qui vient de la mère et par celui qui revient du fœtus (1). Ce n'est donc que sur les symptômes généraux, tels que la faiblesse du sujet, les défaillances, les syncopes, la faiblesse ou l'absence totale des contractions de l'utérus, que l'on doit baser son pronostic, et la conduite à tenir dans ces cas graves, quelle qu'en soit la cause.

Il faudrait donc encore opérer la version de l'enfant aussitôt que l'état de souplesse de l'orifice pourrait permettre l'introduction de la main, et ne rompre les membranes que dans la cavité même de l'utérus.

Si l'eau de l'amnios était évacuée, que l'orifice fût suffisamment dilaté et que l'enfant présentât la tête, il faudrait, avec le forceps, extraire cette

---

(1) Le sang qui vient de la mère est plus abondant en matière fibreuse; les caillots qui en sont formés, étant composés de sang veineux et de sang artériel, sont plus rouges, plus solides, plus consistans que ceux qui sont le produit du sang du fœtus : ceux-ci sont mous, noirs, d'un tissu gélatineux, et tardent beaucoup plus long-temps à se coaguler : mais, comme on ignore toujours le moment précis où l'accumulation a commencé de se faire, que d'ailleurs le sang maternel peut être confondu avec le sang fœtal, l'examen de ce fluide ne présente également qu'incertitude sur la source de l'hémorragie.

partie seulement de l'enfant, et attendre l'expulsion du tronc.

Si, indépendamment de l'accident principal, l'enfant affectait une mauvaise position, la version de l'enfant, par les pieds, serait indispensable.

CHAPITRE V.

De l'hémorragie interne utéro-abdominale, occasionnée par le travail de l'accouchement.

La disposition particulière de l'utérus ; la rigidité de son orifice ; une tumeur dans l'épaisseur des parois du col ; l'étroitesse absolue ou relative du bassin ; la violence des contractions utérines ; la mauvaise direction que l'on donne au travail ; les manœuvres pour en accélérer la durée, telles que la rupture prématurée des membranes, les tentatives pour extraire l'enfant, soit avec les mains, soit avec les instrumens, ont quelquefois occasionné la rupture de l'utérus, celle du vagin ; le sang épanché dans l'abdomen a pu faire soupçonner que l'accumulation de ce fluide se bornait à la cavité utérine.

Signes de la rupture de l'utérus.

La femme se plaint d'une douleur déchirante dans le lieu même où la rupture s'est opérée; ordinairement cet accident est accompagné d'un craquement qui est entendu de la malade et des assistans. Le ventre change de forme : au lieu d'être arrondi, dur, il s'aplatit et devient mou, dans la région qu'occupait l'utérus; tandis que des inégalités se font remarquer dans les régions voisines de cet organe. Du côté du vagin, si l'orifice était dilaté, on le trouve resserré; on n'y rencontre plus les membranes lorsqu'elles étaient intactes avant l'accident; mais le plus souvent il n'a lieu qu'après l'évacuation de l'eau; la partie que l'enfant présentait a disparu, sur-tout s'il est passé à travers la crevasse de l'utérus.

Tous les autres symptômes, dont la plupart sont communs aux autres espèces d'hémorragies utérines internes, se manifestent avec beaucoup plus d'intensité, de violence et de rapidité. Les ressources de l'art sont presque toujours infructueuses dans ces cas malheureux; elles se bornent aux moyens suivans :

1°. Lorsque l'enfant présente encore la tête à l'orifice utéro-vaginal, on en fait l'extraction avec le forceps.

2°. Si la tête ne peut être saisie avec l'instru-

ment, on va chercher les pieds de l'enfant jusqu'à travers l'ouverture accidentelle de l'utérus, et on en fait l'extraction par la voie ordinaire.

3°. Si l'on ne peut parvenir par l'un ou l'autre de ces deux moyens à extraire l'enfant par la voie naturelle, on pratique une incision sur les muscles abdominaux, pour retirer l'enfant de la nouvelle cavité où il est passé.

La rupture du vagin présente à-peu-près les mêmes symptômes et les mêmes indications à remplir.

CHAPITRE VI.

Hémorragie interne abdominale occasionnée par la grossesse extra-utérine.

Le développement du produit de la conception, hors de la cavité qui lui a été assignée, est un phénomène qui ne se rencontre encore que trop fréquemment (1). Quelquefois la molécule fécondée

(1) L'auteur du mémoire en a vu trois cas : un à terme, un compliqué de grossesse utérine de sept mois, et un autre cas de six mois de conception. La première a succombé à la gastrotomie, ou plutôt au délai que l'on avait mis à la pratiquer. Les deux autres ont été victimes des désordres occasionnés, par l'accident lui-même, sur les viscères abdominaux.

n'a point été détachée de l'ovaire ; c'est sur un des points de cet organe même qu'il se développe. D'autres fois, après avoir été enlevée, cette molécule s'accolle aux parois de la trompe, et elle y prend de l'accroissement. Dans ces deux cas, l'embryon, les membranes, l'eau de l'amnios et le placenta, se trouvent renfermés dans une espèce de poche ou de kyste, qui acquiert un développement proportionné au degré de sensibilité de la partie, et au nombre de vaisseaux sanguins dont elle est pourvue. Mais le plus souvent, privé des moyens propres à fournir à une ampliation assez considérable pour l'accroissement de l'embryon et de ses dépendances, ce kyste se déchire, et la rupture de ses vaisseaux donne lieu à l'épanchement abdominal (1).

---

(1) Voyez *Barbaut*, tom. 2, pag. 83. Le fœtus du terme de six mois nageait dans des flots de sang épanché dans l'abdomen. *Laroque*, l'ovaire était rompu, et l'on a trouvé l'abdomen rempli de sang (*Journ. de Médec.*, 1683). Voyez aussi *Littre*, rupture de l'ovaire où était contenu un fœtus de huit mois (*Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1702). *Clarke*, la trompe s'est rompue dans le deuxième mois de la grossesse, et la femme mourut d'hémorragie. *Journ. gén. de Méd.*, n°. 267 : grossesse complexe inter-extra-utérine ; la femme mourut subitement après avoir été prise de vomissemens violens, à la suite desquels la poche du placenta, renfermant le fœtus extra-utérin, s'était rompue, et d'où il était résulté un épanchement sanguin dans le ventre.

D'autres fois encore la molécule fécondée, échappée de l'ovaire, s'est accollée à un des viscères de l'abdomen. *Melli* a vu le placenta greffé sur le fond de l'estomac (1); *Smellie*, sur le péritoine, près du ligament large du côté droit (2); *Sabatier*, sur les deux dernières vertèbres des lombes (3). Dans tous ces cas, le mouvement des viscères, la compression exercée par le diaphragme et les muscles abdominaux, produisent le décollement du placenta et l'épanchement du sang dans la cavité de l'abdomen.

Mais que peuvent les ressources de l'art dans des circonstances aussi malheureuses? Faudra-t-il, pour en prévenir les conséquences funestes, avoir recours au moyen proposé par un auteur italien (4)? En supposant que les signes ne laissassent aucun doute sur l'existence de cette espèce de grossesse, qui oserait tenter d'en arrêter les progrès en ouvrant l'abdomen pour extraire le produit de la conception avant qu'il soit parvenu au sixième mois? Certainement qu'alors les vaisseaux de la partie qui fournit le sang au placenta, étant moins volumineux qu'à une époque plus avancée, versant

---

(1) La *Commare Levatrice*, page 432 et 435.

(2) Tom. 2, page 78.

(3) *Mém. de l'Acad.* Tom. V, page 356.

(4) Asdrubali, *Trattate dell Art. Obst.*

moins de sang, l'hémorragie en serait moins considérable ; mais elle aurait également lieu, et la femme n'en serait pas moins exposée aux conséquences qu'entraînent la perte et l'accumulation du sang après l'extraction, et aux suites fâcheuses de la gastrotomie. Cette opération ne doit être pratiquée que dans le cas où les symptômes indiquent l'existence d'un épanchement abdominal, et que l'on a l'espoir de conserver l'enfant ; car autrement ce serait hâter la mort de deux individus à la fois. N'a-t-on pas vu, d'ailleurs, des femmes se débarrasser de cette grossesse insolite, par la voie d'un abcès qui s'était formé à l'abdomen, au vagin, au rectum, et qui ont survécu à cet accident (1)? N'a-t-on pas d'autres exemples de femmes chez

---

(1) Voyez plusieurs cas mentionnés par *Baudelocque*, 2e. volume. *Colman* rapporte que les douleurs s'étant annoncées, la tête de l'enfant se fit sentir dans le bassin, à travers la paroi du vagin, et encore long-temps après ; que l'on ne put parvenir à rencontrer l'orifice de l'utérus, qu'au bout de six mois ; les douleurs s'étant renouvelées alors, on examina l'état des parties, et l'on découvrit une ouverture autre que celle de l'orifice utérin ; qu'ayant introduit la main par cette ouverture, on en retira un enfant putréfié ; que pendant quelque temps encore, la plaie laissait échapper des matières fécales. (*Med. and Physic. Journ.*, vol. 2, p. 262.

Camper, dans ses *Démonstrations anatomiques et physiologiques*, livre 2, pag. 16, offre un cas semblable, ainsi que

lesquelles le kyste s'est desséché, et qui, pendant plusieurs années, ont conservé dans leur sein le fœtus qui s'était développé hors de la cavité utérine? Et pourquoi leur enlever la seule chance favorable qui leur reste pour les livrer à une mort certaine (1) ?

CHAPITRE VII.

De l'hémorragie interne abdominale occasionnée par le travail de l'accouchement.

Les épanchemens dans la cavité du ventre peuvent s'opérer pendant le travail de l'accouchement; les femmes pléthoriques et disposées aux affections variqueuses, chez qui les contractions énergiques, rapprochées de l'utérus, font refluer le sang dans

---

Fothergill, dans les *Mém. de la Société de Méd. de Londres,* vol. VI, p. 107. *Giffard* cite un autre exemple d'un enfant expulsé par l'anus.

(1) *John Burns,* dont nous empruntons ces citations, a vu un fœtus qui avait été retenu vingt ans dans l'abdomen. *Ruff* rapporte, dans le *Journ. de Méd. de mai* 1800, que l'enfant a séjourné cinquante ans; la malade de *Midleton,* seize ans : *Trans. philos.* vol. XLIV, p. 617; celle de *Monsay,* treize ans, vol. XLV, p. 121; celle de *Steigertahl's,* quarante-six ans, vol. XXXI; celle de *Broomfield,* neuf ans,

les vaisseaux collatéraux de cet organe, sont plus sujettes que toutes autres à l'engorgement, à la dilatation, à la rupture de ces vaisseaux. Toutes les causes qui retardent ou empêchent l'expulsion de l'enfant, soit du côté de celui-ci, soit du côté de la mère, les efforts long-temps prolongés, peuvent donner lieu à cet accident.

Smellie, d'après *Paisley*, de Glascow, rapporte qu'une femme, après de longues souffrances pendant le travail, mourut sans être accouchée, et que l'on trouva un corps membraniforme, noirâtre, formé par du sang coagulé, qui couvrait toute la partie antérieure de l'utérus, quoique cet organe fût considérablement distendu par la mort de l'enfant. Ce caillot, épais d'un quart de pouce,

---

vol. XLI, p. 696. La malade de *Skippon* fut débarrassée du produit de la conception qu'elle portait depuis vingt ans, par le moyen d'un dépôt qui survint dans l'aîne, vol. XXIV, p. 2070; voyez aussi un cas par *Grivel, Journ. d'Edimb.*, vol. VII, p. 19. Quelquefois l'expulsion du fœtus n'a point lieu, mais il se convertit en une substance graisseuse que *Fourcroi* trouve ressembler au gras des cimetières : *Syst.* t. X, p. 83. *Sandifort* rapporte un cas dans lequel le travail s'était annoncé, et qui, après avoir cessé, n'avait occasionné aucun accident : vingt ans après on trouva le fœtus entièrement desséché : *Observ.* lib. 11 p. 36; il cite *Nibel* pour un cas où l'enfant avait été retenu cinquante-quatre ans. *Cheselden* trouva un fœtus converti en matière calcaire, etc. (*Principles of Midwifery*, page 625.)

avait quinze pouces de longueur sur un pied de largeur.

L'auteur ajoute qu'il ne pourrait pas dire si ce sang provenait de la transsudation de la face externe de la matrice ou de la rupture d'un de ses vaisseaux, ou de toute autre partie du bas-ventre; mais que, quelque attention qu'il ait mise dans l'examen de toutes ces parties, il lui a été impossible de découvrir dans aucune la moindre apparence de vaisseaux déchirés (1).

Botal parle d'une femme qui mourut presque subitement, quatre heures après une syncope inattendue, et chez laquelle on trouva un grand épanchement de sang. Il ne put apercevoir aucune solution de continuité.

Ruish, en ouvrant le cadavre d'une femme, trouva le petit bassin rempli de sang. Il chercha la source de cet épanchement. L'état de la membrane interne de l'utérus et celui des trompes de Fallope ne lui permirent pas de douter qu'elle ne se fût faite par la matrice, et que le sang ne se fût répandu dans l'abdomen par les trompes. *Stahelim* a vu les lochies répandues par la même voie. *Zimmerman* assure que *Haller* avait fait une observation semblable (2).

---

(1) Vol. III, Obs. XIII, pag. 338.

(2) Extrait de *Lordat, Traité des Hémorragies.*

D'après ces exemples, il ne serait point impossible qu'une semblable effusion ait lieu par la voie des trompes, dans le cas de perte interne de la grossesse, accompagnée de l'oblitération de l'orifice de l'utérus ou du vagin.

Mais on a vu les vaisseaux variqueux de l'ovaire, une des veines iliaques, même un des muscles psoas, se rompre pendant le travail de l'accouchement, et donner lieu a un épanchement considérable dans l'abdomen (1).

Signes locaux de l'épanchement abdominal.

La collection du sang épanché présente une tumeur mollasse, plus ou moins volumineuse, distincte de celle qu'affecte l'utérus. Cet organe conserve sa forme et ses dimensions, ce qui distingue encore cet accident de la rupture utérine.

Signes généraux.

Les symptômes sont, en général, analogues à ceux de l'hémorragie occasionnée par la rupture de l'utérus. Ils marchent avec une violence, une rapidité proportionnée au volume du vaisseau rompu. Mais les causes de cet accident ne sont bien constatées qu'après la mort.

---

(1) Ces derniers accidens se sont fait remarquer à l'Hospice de la Maternité.

Cependant la pâleur de la face, les défaillances, les syncopes, les convulsions et les symptômes locaux que nous avons indiqués, donnent de fortes présomptions en faveur de l'épanchement abdominal.

Traitement.

L'état de plénitude de l'utérus, l'ignorance où l'on est sur la source qui fournit le sang, rendent inutiles toutes espèces de tentatives de compression.

Les ablutions abondantes d'eau froide ou de vinaigre sur toute la partie inférieure du corps; l'opium, à petites doses, et la digitale pourprée, comme moyen propre à ralentir le mouvement du sang et à faciliter la formation d'un coagulum à l'extrémité du vaisseau rompu, pourraient être tentés dans ces cas malheureusement désespérés.

CHAPITRE VIII.

De l'hémorragie interne qui survient pendant le travail de l'accouchement, généralement désignée sous le nom de tumeurs variqueuses.

La grossesse produit sur le système général différens effets qu'il est inutile de rappeler. Mais l'utérus exerce lui-même une influence, soit directe, soit sympathique, sur les autres organes.

La diversité des effets que produit la grossesse, dépend de l'époque à laquelle ces effets se manifestent. Vers la dernière période de la gestation, l'utérus exerce une compression plus ou moins forte sur les veines iliaques. En s'opposant au retour du sang dans les veines abdominales, cette action compressive force le sang à séjourner dans les veines des membres inférieurs, et dans celles qui se distribuent aux parties molles internes et externes du bassin, qui opposent le moins de résistance à l'accès de ce fluide. Le sang, ainsi retenu, donne lieu à la dilatation excessive, et quelquefois à la rupture des vaisseaux où il se trouve accumulé.

La veine poplitée et celles qui se distribuent aux aines et aux grandes lèvres de la vulve, en sont plus particulièrement affectées. Cependant le vagin, le col de l'utérus, ne sont point exempts de ces sortes de tumeurs; elles existent quelquefois même dans l'épaisseur des muscles qui sont au pourtour ou dans l'intérieur du bassin.

On trouve la cause prédisposante de cette affection dans la faiblesse du sujet, dans l'atonie des vaisseaux. La constipation opiniâtre, les efforts pour aller à la garde-robe, les longues stations debout, l'habitude de porter de lourds fardeaux, comme chez certaines femmes du peuple; la pression qu'exerce l'utérus sur les veines principales,

déterminent la dilatation de ces vaisseaux; mais c'est plus particulièrement pendant le travail de l'accouchement que se forment ces ruptures, ces épanchemens qui ont donné lieu aux accidens graves dont nous allons rapporter quelques exemples.

Première Observation.

Dans le cas mentionné par M. *Sedillot*, le travail de l'accouchement était dans sa plus grande activité; la tête de l'enfant commençait à se faire apercevoir à la vulve lorsque les grandes lèvres devinrent inopinément d'un tel volume, qu'il ne fut plus possible, ni de voir, ni de toucher la tête. Les efforts de la femme n'ayant pu vaincre cette résistance, on déchira, avec le bout des doigts, l'épiderme de l'une et l'autre grande lèvre, pour donner issue au sang. Il en sortit d'abord des caillots, puis du sang fluide, et bientôt l'accouchement fut terminé, à l'aide de quelques douleurs et du levier.

Le plus souvent ces tumeurs cèdent à la distension qu'occasionne le passage de la tête, lors du dernier temps du travail de l'accouchement. D'autres fois l'accident s'annonce beaucoup plus tard.

Deuxième Observation.

La femme qui fait le sujet de la première observation de *Baudelocque*, laquelle avait eu un

accouchement des plus difficiles, à cause de la difformité du bassin, ne fut prise d'une hémorragie considérable que le vingt-deuxième jour de sa couche : au trentième jour elle succomba à une nouvelle perte.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un foyer purulent dans le tissu qui entoure le muscle psoas droit, et un sac variqueux considérable tapissé de concrétions sanguines, qui s'était ouvert avec cet abcès à la partie supérieure et antérieure du vagin. Il était formé par une des veines lombaires, et communiquait directement avec la veine cave. La matrice était petite, compacte, fermée, et ne contenait en dedans aucune goutte de sang.

Troisième Observation.

Une autre femme, dont les parties externes étaient garnies de ces tumeurs variqueuses, après être accouchée, éprouva de nouvelles douleurs, comme pour accoucher une seconde fois. Par l'examen on reconnut la présence d'une tumeur à l'entrée du vagin ; elle était tellement considérable qu'elle ne pouvait permettre l'introduction du doigt dans ce canal. La nature de cette tumeur n'étant point connue, on se borna aux lotions, aux cataplasmes émolliens. Plusieurs jours après, les lochies reparurent, les douleurs cessèrent et la tumeur s'affaissa. La femme rendit beaucoup d'hu-

meur sanguinolente et putride, produit du dégorgement de la tumeur et des parties voisines. *Solayrès* attribua la tumeur à la crevasse variqueuse; et le dégorgement à une autre issue que la nature avait pratiquée au sang vers le fond du vagin.

Quatrième Observation.

Dans un autre cas rapporté par *Baudelocque*, les lèvres de la vulve ne se sont tuméfiées qu'après l'accouchement. L'ecchymose de la lèvre gauche recouvrait toute la fesse du même côté, et s'élevait jusqu'au-dessus de la crête des os des iles. Les lotions, les cataplasmes dissipèrent le gonflement, mais il resta toujours une douleur profonde qui augmenta vers la troisième semaine que la malade fit sa première sortie. Ces douleurs devinrent alors lancinantes, aiguës, accompagnées de frissons et de fièvres. Il se manifesta une tumeur à la fesse près de la vulve; elle prit de l'accroissement, et fut accompagnée d'un sentiment de gêne, de pesanteur, et d'une espèce d'obturation intérieure du vagin. Cette tumeur qui occupait l'espace compris entre le vagin et le rectum, fut ouverte par *Pelletan*, qui fut fort étonné, ainsi que *Baudelocque*, de ne trouver dans ce vaste dépôt que du sang, dont la couleur et l'odeur annonçaient qu'il n'était pas récemment épanché.

On s'était contenté d'introduire une bandelette

dans l'incision; mais le lendemain ayant trouvé la poche remplie de nouveau sang, on insinua quelques bourdonnets liés au fond du foyer, et l'on tamponna légèrement le vagin. Le foyer s'épuisa successivement, la suppuration s'établit, et la guérison fut complète au bout d'un mois.

Cinquième Observation.

Brador rapporte un exemple dans lequel la tuméfaction des grandes lèvres ne se manifesta aussi qu'après l'accouchement. Il donna issue au sang en pansant mollement la plaie. Le lendemain, ayant trouvé un nouveau foyer de sang, il employa la charpie trempée dans une forte dissolution d'alun. L'hémorragie fut arrêtée sans retour.

Sixième Observation.

Une dame étant accouchée naturellement d'un enfant très-volumineux, après un travail de quinze heures, ressentit dans la partie interne de la cuisse gauche des douleurs semblables, disait-elle, à des milliers de piqûres d'épingle.

La sage-femme l'ayant examinée, trouva dans le vagin une tumeur qu'elle prit pour un renversement de l'utérus. Après en avoir inutilement tenté la réduction, elle fit appeler *Coutouly*, qui trouva cette tumeur du volume d'un petit œuf, et qui était indépendante de l'utérus dont il avait

trouvé l'orifice libre. Il conseilla l'application de compresses trempées dans du vin tiède. Deux heures après, la tumeur avait acquis le double de son volume; elle débordait la vulve et s'étendait depuis le périnée jusqu'au pubis. On fit des injections avec le kinkina et l'eau-de-vie. Le lendemain la tumeur, une fois plus volumineuse que la veille, était livide, couverte de phlyctènes, et exhalait une odeur fétide. L'excrétion de l'urine ne se faisait pas. La tumeur qui comprenait l'urètre dans son épaisseur s'opposait à l'introduction de la sonde. On se décida à ouvrir cette tumeur dans sa partie la plus déclive. L'incision, longue de deux pouces, fut faite assez profondément pour arriver au foyer de l'épanchement. Il en sortit beaucoup de sang fluide, et environ plein une jatte de moyenne grandeur, de caillots que l'on avait retirés avec les doigts. On fit des injections d'eau tiède dans la plaie, ainsi que dans le vagin, avec une décoction de kinkina. La tumeur s'étant affaissée, la malade urina pour la première fois, trente heures après être accouchée. On continua les injections antiputrides pour faciliter la sortie des caillots. Dans cette vue on faisait des pressions, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du vagin; on découvrit alors dans ce canal une ouverture formée par la chute d'une eschare. En y introduisant les doigts, on pénétra jusqu'au foyer de la tumeur, et l'on en

retira encore beaucoup de sang coagulé. On insista sur les injections de kinkina qui arrêtèrent les progrès de la gangrène; la tumeur se dissipa peu-à-peu, et environ trois semaines après l'accouchement la malade fut parfaitement guérie (1).

Les traitemens de ces sortes de cas étant suffisamment établis dans les observations que nous avons rapportées, nous nous bornerons à rappeler les moyens de prévenir ces accidens.

On doit recommander aux femmes enceintes, sujettes aux varices, d'éviter, autant que possible, de faire de longues courses à pied; de se tenir long-temps debout ou assises; de ne point se serrer avec les jarretières ou les ceintures; et au lieu de leur prescrire, on devrait leur défendre d'avoir recours aux bandelettes, aux bas de peau de chien, pour comprimer les veines des jambes ou des cuisses. En diminuant le volume des vaisseaux de ces parties, on augmente celui des vaisseaux qui se distribuent à l'extérieur et à l'intérieur du bassin (2).

---

(1) Coutouly. *Mémoires et Observations sur divers sujets*, page 140.

(2) Nous n'en citerons que deux exemples :

1°. Une jeune femme d'un tempérament lymphatico-sanguin, depuis trois ans qu'elle était accouchée pour la première fois, avait conservé une tuméfaction variqueuse de la jambe

L'application des sangsues à la vulve, lors du début du travail, ou, lorsque la dilatation de l'orifice le permet, l'extraction de la tête de l'enfant avec le forceps, seraient, selon nous, les moyens les plus convenables pour prévenir, dans certains cas, les accidens graves dont nous avons rapporté des exemples, qui la plupart ont été occasionnés par les efforts trop long-temps prolongés du travail de l'accouchement.

Dans le cas de rupture variqueuse du vagin ou de l'orifice de l'utérus, l'application du tampon,

---

gauche, avec une légère ulcération près de la malléole interne. Elle fit usage d'un bas de peau de chien dont elle se trouva soulagée; mais, depuis qu'elle en a fait l'application, l'évacuation menstruelle est beaucoup plus fréquente et plus abondante qu'auparavant.

2°. Une cuisinière non mariée, enceinte de cinq mois, étant incommodée de nombreuses varices aux jambes, eut recours à l'application d'un bas de peau de chien : quelque temps après, elle eut une hémorragie utérine qui détermina la fausse couche.

Redevenue enceinte dans la même année, elle employa le même moyen, et il en résulta le même effet. Cette espèce d'hémorragie s'étant renouvelée plusieurs fois dans le cours de deux ou trois ans, on reconnut enfin la double cause de cet accident, et cette femme qui, dans le remède qu'on lui avait indiqué pour la soulager de ses varices, avait découvert le moyen de se faire avorter chaque fois qu'elle était enceinte, fut enfin chassée de chez ses maîtres.

trempé dans une solution d'alun, est le remède le plus sûr pour arrêter la perte qui en résulte; mais il faut avoir en même temps l'attention de favoriser l'écoulement des lochies au moyen d'une sonde de gomme élastique placée dans l'orifice de l'utérus, et qui serait maintenue dans cette situation par le tampon même que l'on introduirait après.

CHAPITRE IX.

De l'hémorragie utérine interne après l'accouchement.

De toutes les espèces d'hémorragies internes, celle-ci est la plus fréquente et la plus meurtrière. Généralement la femme en travail pour accoucher considère la sortie de l'enfant comme le terme de ses souffrances; mais à peine a-t-elle eu le temps d'exprimer la joie qu'elle a d'être mère, que ses yeux, si animés auparavant, se ternissent; la face pâlit, les lèvres se décolorent, le pouls s'affaiblit, les mains sont froides, la respiration se fait par de longs soupirs; il survient des nausées, quelquefois des vomissemens. La malade se débarrasse de ses couvertures; elle respire à peine; elle se plaint d'un froid général; elle est presque dans un état de

syncope; elle jette sur ceux qui l'entourent des regards étonnés; la difficulté de respirer augmente; le ventre est presque aussi développé qu'avant l'accouchement, et après une anxiété de quelques minutes la malade expire. On éviterait cette catastrophe funeste, si l'on apportait plus d'attention à l'état de l'utérus, sur-tout dans le dernier temps du travail de l'accouchement.

La présence de l'enfant était un des plus puissans obstacles à une accumulation considérable de sang dans la cavité où il était renfermé. Mais si, pendant le travail de l'accouchement naturel ou artificiel, l'utérus n'a pas éprouvé dans sa capacité une réduction graduée et proportionnée à la progression extérieure du fœtus; si sa sortie s'est opérée ou a été faite brusquement, les parois utérines sont restées dans un état de stupeur, de flaccidité qui, en conservant aux vaisseaux utérins l'énorme calibre qu'ils ont acquis pendant la grossesse, laisse à leurs orifices béans la liberté de verser des torrens de sang.

On doit sentir de quelle importance il est de s'opposer à la sortie rapide du fœtus, lorsqu'il est menacé d'être expulsé par une seule et même contraction, ou par les efforts inconsidérés de la mère; et combien, dans les cas d'accouchemens artificiels, il faut apporter de modération et de prudence dans l'extraction du fœtus.

L'inertie peut dépendre encore de la disposition naturelle de la femme, ou se borner uniquement à l'utérus. La présence d'une grande quantité d'eau ou de plusieurs fœtus dans ce viscère; un travail long occasionné par la mauvaise situation de l'enfant; les vives émotions, particulièrement les affections tristes, la crainte de mourir, les défaillances, les syncopes, qui en sont ordinairement les conséquences, une hémorragie précédente, sont autant de causes qui affaiblissent ou anéantissent la propriété contractile de l'utérus.

Lorsque le travail de l'accouchement a été accompagné de quelques-unes de ces circonstances, on doit redoubler de soins et d'attention pour prévenir l'hémorragie après la sortie de l'enfant.

Dans tous les cas, il faut, aussitôt après l'accouchement, porter une main sur le fond de l'utérus et l'autre à son orifice, pour s'assurer du volume de ce viscère, de sa situation et de la nature des corps contenus dans sa cavité, tels qu'un second enfant, une môle, des caillots, etc. Ce précepte si important, généralement recommandé par la plupart des auteurs, n'est malheureusement que trop négligé dans la pratique.

Lorsque l'utérus affecte une forme ronde solide, qu'il n'excède pas en élévation la région hypogastrique, que la femme est animée, que le pouls est fort, développé, tout va bien; et quoi-

qu'il s'échappe une certaine quantité de sang de l'utérus, on ne doit point s'en inquiéter, surtout si la femme est pléthorique : les vaisseaux, dans ce cas, se dégorgent d'une quantité de sang plus considérable, sans aucun préjudice pour la santé de la femme. Il faut même favoriser l'excrétion de ce premier fluide par des frictions sur le fond de l'utérus. On modère la circulation en admettant l'air frais dans la chambre de la malade, en la tenant très-légèrement couverte et dans le plus grand repos; il est rare, avec ces simples moyens d'attention, que l'hémorragie ait lieu après l'accouchement. Les contractions de l'utérus se renouvellent; elles achèvent le décollement, et opèrent l'expulsion des secondines.

Mais lorsque les moyens de prévenir l'hémorragie ont été négligés, ou qu'ils sont restés sans effet, on trouve après l'accouchement l'utérus mou, flasque, occupant une grande partie de la cavité abdominale, pendant que des ruisseaux de sang s'échappent de la vulve; ou bien lorsque le placenta, ou quelques caillots de sang, bouchent l'orifice de l'utérus, ou que cette ouverture se trouve spasmodiquement resserrée, le sang ne pouvant trouver une issue libre pour s'épancher au-dehors, s'accumule dans la cavité de ce viscère, et son développement s'opère avec une rapidité effrayante.

Cette circonstance, des plus dangereuses, exige la plus grande activité dans l'emploi des moyens propres à arrêter les progrès de la maladie et à la faire cesser entièrement.

La plupart des écrivains recommandent, dans ce cas, d'opérer promptement la délivrance.

Mais pour apprécier les avantages ou les dangers de l'exécution de ce précepte, il convient de considérer l'hémorragie avec les circonstances qui l'ont précédée et celles qui l'accompagnent.

1°. L'hémorragie est récente; elle ne s'est déclarée qu'après la sortie de l'enfant; les forces de la malade n'ont point été altérées par l'effet de quelques causes antécédentes; l'action de l'utérus n'est que ralentie ou suspendue; elle s'opère irrégulièrement ou d'une manière insuffisante pour détruire des adhérences contre nature qui retiennent le placenta attaché à l'utérus.

2°. L'hémorragie existait avant l'accouchement; elle continue; elle a été précédée ou elle est accompagnée de défaillances, de syncopes, de convulsions; elle est le résultat de l'épuisement des forces de la malade, ou de l'inertie complète de l'utérus.

Ces différentes circonstances amènent nécessairement des différences dans les moyens à employer pour faire cesser l'hémorragie; dans le temps et dans la manière de procéder à la délivrance.

Dans le premier cas, où l'utérus jouit de toute sa faculté contractile, où il fait des efforts pour revenir sur lui-même, le placenta est un obstacle à sa réduction; sa présence entretient ou augmente l'hémorragie; il faut se hâter d'en faciliter l'expulsion; mais alors *il suffit d'agir sur le placenta.*

Dans le deuxième cas où l'hémorragie est consécutive, ou qu'elle est causée ou entretenue par l'inertie de l'utérus, c'est spécialement sur *l'utérus qu'il faut agir,* et non sur le placenta; car son séjour n'est que l'effet et non la cause de l'inertie du viscère qui le contient. Cette distinction établie dans les deux causes qui donnent lieu à l'hémorragie avant la délivrance, on peut dire que l'hémorragie est occasionnée, 1°. par la *rétention*; 2°. par l'*inexpulsion* du placenta.

Hémorragie interne occasionnée par la rétention du placenta.

Le placenta est retenu dans l'utérus par diverses causes: 1°. le défaut de dilatation suffisante de l'orifice pour laisser sortir la masse vasculaire, naturellement trop volumineuse; 2°. la contraction spasmodique d'une des parois de l'utérus; 3°. celle de son orifice; 4°. l'adhérence partielle ou totale du placenta peut donner lieu à sa rétention.

Rétention du placenta à cause de son volume.

Indépendamment de la dimension considérable que peut avoir acquise le placenta, le plus souvent son volume est augmenté par une quantité de sang plus ou moins grande, qui s'est accumulée derrière sa face utérine : dans ce cas on introduit les doigts dans l'orifice, pour dégager un des bords de la masse vasculaire; on extrait les caillots; on fait en même temps de douces compressions dans tous les sens sur la région de l'utérus, pour déterminer ce viscère à expulser le placenta, que l'on a laissé en partie dans l'orifice; on insiste jusqu'à ce que la totalité des secondines ait été chassée dans le vagin : c'est alors seulement que l'on doit se hâter d'en faire l'extraction.

Rétention du placenta à cause de la contraction spasmodique de l'orifice de l'utérus.

La dilatation trop prompte ou trop lente de l'orifice donne souvent lieu à cet accident. Les frictions, les applications froides, le plus ordinairement, suffisent pour déterminer une forte contraction de l'organe et le relâchement de son orifice. S'il résiste, il faut promptement le dilater en y introduisant, les uns après les autres, tous les doigts de la main; on les tient écartés, tandis que de l'autre main on tire sur le cordon pour

faire avancer le placenta dans l'orifice. Si cette masse offrait une trop large surface, on ferait, comme il est dit précédemment, pour l'engager par un de ses bords, et l'on se conduirait du reste comme dans le même cas.

Rétention du placenta à cause de la contraction irrégulière de l'utérus.

Il arrive quelquefois que, pendant le travail de l'accouchement, l'utérus ne se contracte pas avec une égale force sur tous ses points; qu'une portion de ses parois se resserre avec plus d'énergie que les autres, peut-être celle qui est plus immédiatement en contact avec certaines parties anguleuses de l'enfant, ou qui a été soumise à l'influence de toute autre cause irritante. Plusieurs exemples de grossesses doubles, dans lesquels un des fœtus a été expulsé avant terme, tandis que l'autre est né vivant, après avoir parcouru toutes les périodes de la gestation, prouvent que la contraction de l'utérus n'est pas toujours générale, ou qu'elle peut être plus forte dans une région que dans l'autre. C'est par l'effet de ces contractions irrégulières que le placenta se trouve renfermé dans le repli contre nature d'une des parois utérines. Cette masse vasculaire y est comme enchâssée à la manière d'un diamant dans un chaton de bague, ou d'un verre de montre.

Pendant qu'un assistant se charge de faire l'application des moyens recommandés dans les cas précédens, pour déterminer les fibres de l'utérus à se redresser et à se contracter d'une manière régulière, on insinue les doigts sous le repli accidentel de l'utérus, pour en dégager le placenta; de l'autre main on fait des tractions sur le cordon pour achever de le déloger: on l'engage dans l'orifice, puis l'on continue d'exciter l'action de l'organe, pour qu'il opère lui-même l'expulsion du placenta.

Les praticiens anglais, dans ces sortes de cas, commencent par donner le laudanum à grandes doses; cinquante à soixantes gouttes à-la-fois, dans une liqueur alcoolique, telle que le vin ou l'eau-de-vie, et que l'on réitère si le besoin l'exige.

Rétention du placenta à cause de ses adhérences avec l'utérus.

L'hémorragie interne, occasionnée par l'adhérence totale des bords du placenta, ne saurait être considérable sans détruire un des points circulaires de cette masse; car, si d'une part la paroi de l'utérus qui y correspond est susceptible d'extension, il n'en est pas de même du placenta, qui oppose à l'accumulation du sang sa force d'inertie, force suffisante pour déterminer sa séparation d'avec l'utérus, au moins par un de ses bords, et

sur-tout après l'accouchement. Rappelons-nous que la présence du fœtus, de l'eau de l'amnios, pouvait exercer une compression assez forte sur la paroi fœtale du placenta pour s'opposer à l'accumulation d'une grande quantité de sang entre cette masse et l'utérus. Mais, après la sortie de l'enfant, une collection de sang retenue derrière le placenta, ne saurait devenir considérable sans déterminer en même temps sa séparation d'avec l'utérus, au moins par un de ses bords ; et c'est ce qui arriverait inévitablement si l'on se bornait à l'usage des moyens propres à favoriser la contraction de l'utérus. Cependant la plupart des auteurs recommandent de décoller les bords du placenta, ou d'embrasser cette masse par son centre avec l'extrémité des doigts, et de la tordre pour achever de détruire ses adhérences : ou bien encore de la trouer avec les doigts dans sa région la plus épaisse, pour l'accrocher et l'entraîner au dehors (1).

Un autre professeur de la capitale disait à ce sujet dans ses cours : *dans ce cas on fait comme on peut.* Mais ce que peut-être on pourrait faire de mieux dans le cas d'adhérence complète du placenta, supposé qu'il ait lieu, serait de faire usage de tous les moyens propres à exciter l'action de l'utérus, soit par des frictions à l'extérieur, par

(1) *Baudelocque*, vol. I, page 411.

des applications froides, des injections d'oxycrat dans la cavité de l'utérus; soit enfin en portant la main dans ce viscère pour le stimuler d'une manière plus immédiate et plus efficace. En faisant des mouvemens de compression assez forts sur toute l'étendue, ou seulement sur la portion adhérente du placenta, on stimule la paroi de l'utérus où il est attaché, on excite son action sans l'irriter, sans s'exposer à déchirer des lambeaux de sa face interne, comme il ne manque pas d'arriver lorsqu'on s'opiniâtre à décoller ou à achever de décoller le placenta, en tirant par un de ses bords ou par son centre, ou en passant la main entre la portion détachée de cette masse et la face interne de l'utérus, comme généralement on conseille de le faire.

Pendant que d'une main introduite dans l'utérus on fait des mouvemens de compression pour l'exciter à se séparer du placenta, on exerce sur le cordon de légères secousses de tractions pour déterminer ou seconder l'action de l'utérus, et, par ce moyen, favoriser le décollement de cette masse vasculaire. Il est rare que par tous ces moyens réunis, et promptement mis en usage, les adhérences du placenta, quelque étendues qu'elles puissent être, résistent long-temps. Mais dans tous les cas où l'on ne pourrait obtenir l'entier décollement du placenta, il vaudrait mieux encore l'at-

tendre de la nature et du temps, que d'arracher des lambeaux de l'utérus, suites inévitables de tentatives violentes, qui entraînent après elles l'inflammation, et tôt ou tard la mort.

Les injections appropriées dans la cavité de l'utérus, en facilitant le décollement de la totalité ou des restes du placenta, servent en même temps à prévenir la putréfaction des substances que l'on a été forcé d'y laisser séjourner, et à en favoriser l'écoulement à mesure qu'elles se détachent ou qu'elles entrent en dissolution.

Dans tous les cas dont nous venons de faire mention, si l'on se hâte d'opérer la délivrance, on s'expose à rompre le cordon, à renverser l'utérus, à l'irriter, à lacérer sa face interne, et à augmenter l'hémorragie. Le but principal que l'on doit se proposer, doit toujours être la contraction régulière et parfaite de l'utérus, unique moyen de faire cesser l'accident, et d'en prévenir la récidive.

De l'hémorragie interne occasionnée par l'inertie de l'utérus ou l'inexpulsion du placenta.

Quelle que soit la cause qui ait donné lieu à l'inertie de l'utérus, il est évident que la présence du placenta dans la cavité de cet organe n'est qu'une cause secondaire de l'hémorragie; que le séjour des secondines ne se prolonge que parce

que le viscère qui les renferme est privé de l'énergie nécessaire pour les chasser; que s'il avait recouvré sa faculté contractile, l'hémorragie cesserait avec l'expulsion du placenta. C'est donc avec de justes raisons qu'un savant professeur (1) s'élève contre ceux qui sont d'avis d'opérer promptement la délivrance dans ce cas, puisque c'est un moyen d'augmenter au lieu de diminuer le danger.

Que l'inertie ait précédé l'accouchement ou qu'elle soit le résultat d'une trop prompte déplétion de l'utérus, ce n'est pas en augmentant le vide de cet organe que l'on peut lui rendre son action de tonicité; ce n'est pas non plus en enlevant aux vaisseaux de l'utérus le seul point d'appui qui leur reste pour boucher leurs orifices restés béans par l'état de paralysie où est tombé ce viscère, que l'on arrêtera la perte. Si la femme est épuisée par les fatigues d'un long travail ou par suite d'une hémorragie précédente, est-ce la prompte extraction du placenta qui rappellera les forces de la malade, qui réparera la perte de son sang, qui rendra à l'utérus l'action qui lui manque? Si l'extraction du placenta ne peut remédier à aucun des accidens antérieurs à l'accou-

(1) M. Ant. Dubois.

chement, ni à l'hémorragie actuelle, pourquoi donc se hâter de l'opérer?

Nous savons bien que l'on a vu quelquefois cesser l'hémorragie aussitôt après l'extraction du placenta; mais, comme l'a fort bien remarqué notre professeur, plus haut cité, ce sont les moyens que l'on a employés pour extraire le placenta, et non l'absence de cette masse, qui ont fait arrêter la perte.

En effet, lorsque l'on tire sur le cordon ombilical, si le placenta est décollé, on lui fait exécuter un mouvement qui excite la contraction de l'utérus; s'il reste encore adhérent sur quelques points, ces tractions agissant directement sur la paroi utérine, il en résulte encore le resserrement de cet organe. Mais dans tous ces cas la sensibilité de l'utérus n'était que faiblement altérée; elle n'était, pour ainsi dire, qu'assoupie, et la moindre titillation suffisait pour la réveiller et pour déterminer l'organe à agir de concert avec les tentatives que l'on faisait pour opérer l'entière déplétion de l'utérus. C'est donc à l'action *mécanique* du placenta sur l'utérus, et non à l'absence de cette masse, que l'on doit attribuer la réduction de la cavité utérine, et la cessation de la perte qui en est le résultat.

Il en est de même des effets de l'introduction de la main dans l'utérus pour extraire ou pour

décoller le placenta. L'irritation que détermine la présence de la main introduite dans l'orifice, douloureusement sensible, de ce viscère; les mouvemens qu'on lui fait exécuter, pour saisir ou pour détacher le placenta, soit en agissant avec les doigts, soit en tirant sur la portion décollée de cette masse, sont autant de moyens mécaniques qui agissent immédiatement sur l'utérus, excitent son action, et le disposent à la contraction permanente. Ainsi, lorsque l'hémorragie cesse après l'extraction du placenta, ce n'est pas parce que sa présence s'opposait à l'action de l'utérus, mais au contraire parce que l'on a excité l'action de ce viscère par les moyens que l'on a employés pour opérer sa déplétion.

La première indication à remplir est donc encore, et doit toujours être, d'exciter la contraction de l'utérus. Les stimulans immédiats sont les plus propres à réveiller l'action de cet organe.

Il faut commencer par débarrasser l'orifice de l'utérus des caillots qui pourraient s'opposer à l'écoulement extérieur du sang, et qui en favorisent l'accumulation. Ensuite on fixe le fond de l'utérus avec une main appliquée à l'extérieur, tandis que de l'autre main on fait de légères tractions sur le cordon, non pour extraire le placenta, mais pour titiller la face interne de l'utérus, l'exciter à se contracter, à achever d'opérer le décollement des

secondines, et en déterminer l'expulsion naturelle.

Lorsque les moyens précédens ne produisent pas sur-le-champ l'effet que l'on en attendait, il ne faut pas différer plus long-temps à introduire la main dans la cavité de l'utérus. On agace sa face interne, dans tous les sens, avec l'extrémité des doigts, tandis qu'à l'extérieur on fait des frictions avec un linge trempé dans l'oxycrat ou dans l'eau froide. Avec une petite seringue à canule en arrosoir, on peut faire injecter de l'eau froide sur les aines, les régions iliaques, sur celles de l'utérus; on continue jusqu'à ce que ce viscère se rapproche des corps contenus dans sa cavité, et qu'il en fasse l'expulsion. C'est alors que, chassée avec les secondines, la main les entraîne hors du vagin.

Il faut insister sur les frictions pendant quelque temps encore après la délivrance : on peut même, au lieu de compresses graduées et appliquées sur l'utérus, comme quelques-uns l'ont recommandé pour s'opposer à son développement ultérieur, assujettir un tampon sur chacune des régions iliaques, au moyen de la bande de ventre, pour comprimer les vaisseaux qui portent le sang à cet organe; car, tant que ce fluide lui arrive librement, la compression de l'utérus ne saurait être ni assez forte ni assez générale pour empêcher ses vaisseaux de se laisser pénétrer par le sang

qui lui arrive en abondance. On continue de maintenir la malade fraîchement et dans le plus grand repos.

Mais quand l'hémorragie a été considérable, qu'elle est accompagnée ou suivie de convulsions, il faut se mettre en garde contre l'inertie qui résulte des applications d'eau froide ou de glace. Dans les cas où les extrémités sont froides, les applications chaudes, locales et générales, sont non-seulement utiles, mais indispensables pour rappeler la chaleur nécessaire au recouvrement des sens.

Lorsque la faiblesse est grande, que la face est pâle, les lèvres décolorées, les extrémités froides, le pouls petit, que la malade est atteinte de vomissemens, de syncopes, le danger est pressant, et il l'est en proportion de la faiblesse du sujet et de l'opiniâtreté de l'hémorragie. Il faudrait, dans ce cas, avoir recours aux injections faites avec une forte solution de sulfate d'alumine ou de décoction de rhatania, entretenir les forces avec des gelées animales ou végétales. L'usage modéré de bon vin donné à propos, quelques cordiaux aromatiques, tels que l'esprit aromatique d'ammoniaque, mêlé avec l'eau de cinnamome, sont des moyens sur lesquels on doit insister jusqu'à ce que le pouls se soit relevé; ensuite on diminue

ou on supprime les stimulans, afin d'éviter la fièvre ou l'inflammation qui pourrait résulter de leur usage trop prolongé.

Quelle que soit l'inquiétude qu'éprouve l'accoucheur sur l'issue d'un semblable accident, il doit soigneusement la cacher sous l'apparence d'une confiance calme dans les moyens qu'il emploie pour sauver la malade. Il doit éloigner les personnes qui, par leurs clameurs ou leur indiscrète sensibilité, pourraient jeter ou entretenir l'alarme ou la terreur dans l'âme de son accouchée. Car l'hémorragie utérine a rarement des suites funestes pour la femme inaccessible à la crainte. Cet accident est dangereux en proportion de la faiblesse ou de la pusillanimité de celle qui en est atteinte.

Les nausées, les vomissemens, sont des résultats assez fréquens d'une perte abondante et subite. Lorsque ce dernier symptôme est modéré, au lieu de s'affaiblir, la circulation augmente d'activité : ce symptôme peut avoir une influence favorable sur l'utérus. Cependant l'état de l'estomac mérite la plus grande attention. Il faut soutenir son action par tous les moyens indiqués précédemment. Lorsque le pouls se ranime et se soutient, on diminue ou on supprime les boissons stimulantes.

John Burns considère l'opium comme le meilleur

des cordiaux que l'on puisse employer dans cette espèce d'hémorragie. Il en prescrit la dose de cinquante à soixante gouttes, selon l'urgence des symptômes. Dans des cas où la femme était réduite au dernier état de faiblesse, il a fait prendre jusqu'à cent gouttes de teinture, ou cinq grains d'opium solide à-la-fois, et ensuite, trois grains de trois heures en trois heures, jusqu'à ce que la malade fût hors de danger. Jamais, dit-il, l'usage de ce remède n'a empêché la contraction de l'utérus et n'a produit aucun fâcheux effet.

CHAPITRE X.

De l'hémorragie utérine interne après la délivrance.

Cette espèce d'hémorragie, qui n'est pas moins dangereuse que la précédente, est, le plus souvent, l'effet d'une délivrance prématurée. L'accoucheur, qui connaît les dangers d'extraire le placenta avant que l'utérus en ait donné le signal par ses contractions, doit rester sourd aux sollicitations de l'accouchée ou de ceux qui l'entourent, pour opérer la délivrance, lorsqu'il a de justes motifs de la différer.

Cependant, quoique la délivrance se soit opérée

naturellement, une portion de membrane laissée dans l'utérus, un caillot retenu dans l'orifice, peut donner lieu à l'accumulation du sang dans ce viscère. Les mouvemens que l'on fait faire à la femme pour la changer de linge ou de lit, tout ce qui peut augmenter l'activité de la circulation, sont autant de moyens propres à déterminer l'hémorragie interne.

Mais, le plus souvent, ce sont les tentatives d'extraction du placenta qui occasionnent un commencement d'introversion de l'utérus, l'érosion de sa face interne, la contraction irrégulière de ses parois, le séjour d'une portion du placenta, qui sont autant de causes particulières de la perte interne. L'état morbide du système a également une grande influence sur l'irrégularité de la contraction utérine.

Lorsque l'hémorragie est considérable, qu'elle est accompagnée de la plupart des symptômes graves de la perte qui précède la délivrance, on doit encore faire l'application des moyens propres à exciter la contraction de l'utérus. D'abord, les frictions à l'extérieur, les titillations sur son orifice, l'introduction de la main dans sa cavité, non pour en extraire les caillots qui s'y sont amassés, mais pour le déterminer à en faire l'expulsion; les ablutions à l'extérieur, les injections d'eau froide

dans l'utérus, doivent être mises en usage, lorsque les titillations avec les doigts ne produisent pas un effet assez prompt. Les boissons nutritives, les opiacés, peuvent être administrés simultanément, si l'état général de la malade l'exige.

Le laudanum, ou mieux encore l'infusum aqueux d'opium de M. *Chaussier,* est employé avec avantage dans les cas de contractions irrégulières ou spasmodiques de l'utérus. Il arrive quelquefois qu'un caillot, retenu dans sa cavité, occasionne des douleurs violentes, et qu'il n'est expulsé qu'après avoir acquis une certaine consistance. Il affecte la forme de la cavité de l'utérus, et a pu être confondu avec une portion de placenta. Mais, dans le premier cas, les lochies sont séreuses, et n'ont point, comme dans l'autre, cette couleur puriforme, cette odeur putride qui les caractérisent.

Lorsque l'on n'a pu extraire la totalité du placenta, qu'il en reste une portion dans l'utérus, qui entretient la perte, on doit examiner souvent l'état de l'orifice, pour s'assurer s'il ne s'y présente pas quelques caillots ou les lambeaux du placenta dont on ferait l'extraction; mais il faut éviter toute espèce d'efforts et de violence qui détermineraient promptement l'inflammation à laquelle ce viscère n'est déjà que trop disposé.

Lorsqu'une femme a été affectée d'une hémor-

ragie utérine interne, on doit long-temps insister sur les moyens propres à prévenir la récidive de cet accident; lui prescrire une nourriture appropriée à l'état de ses forces, telle que les gelées de viande, ou de salep, ou de fécules de pommes de terre, avec quelques cuillerées de bon vin. On doit avoir aussi le plus grand soin d'indiquer à la garde de l'accouchée les signes qui pourraient annoncer le retour de la perte interne, et les secours qu'elle pourrait donner pendant que l'on ferait appeler l'accoucheur pour appliquer lui-même les remèdes convenables au nouvel état de la malade.

FIN DU MÉMOIRE.

APHORISMES

SUR LES HÉMORRAGIES UTÉRINES,

D'ANDREW BLAKE,

Membre du Collége royal de Chirurgie de Londres.

Traduit de l'anglais par l'auteur du Mémoire.

AVORTEMENT.

I. (CCVII.)

L'AVORTEMENT est la séparation prématurée et l'expulsion de l'ovum. La première est le résultat de la rupture des vaisseaux, et produit l'hémorragie ; la dernière détermine la douleur par la contraction des fibres utérines.

II. (CCVIII.)

Pour prévenir l'avortement, comme pour guérir l'hémorragie, on doit constamment avoir égard au tempérament de la malade, soit qu'il y ait pléthore ou diathèse fébrile, soit qu'il y ait débilité constitutionnelle.

III. (CCIX.)

Le premier cas réclame l'usage périodique de la saignée, les apéritifs doux, rafraîchissans, et les antiphlogistiques.

IV. (CCX.)

Le second disposant à de violentes émotions pour les causes extérieures les plus légères, exige la tranquillité de l'esprit, le repos dans une situation horizontale, un régime abondant, des remèdes toniques, l'usage des bains tièdes, dont on abaisse progressivement la température.

V. (CCXI.)

Quand une femme d'une constitution faible est menacée d'un avortement occasionné par la séparation des membranes, et qu'il en résulte une hémorragie, si on fait usage de l'opium, avant que les contractions utérines se soient établies, ce remède, en suspendant les efforts de la nature, devient, dans ce cas, de la plus grande efficacité.

VI. (CCXII.)

Mais, si la contraction musculaire de l'utérus a commencé, si elle est accompagnée de douleurs régulières, si le col de l'utérus a de la tendance à

se développer, et l'orifice à s'ouvrir, l'opium, en petite quantité, est inutile; et si on l'administre à grandes doses, il ne fait que différer un événement inévitable.

VII. (CCXIII.)

Le renouvellement de la perte n'étant pas toujours le signe précurseur de l'avortement, on doit persister jusqu'à la fin dans les moyens de le prévenir; mais le pronostic, dans l'issue présumée, doit être invariable.

VIII. (CCXIV.)

Quand l'avortement s'est opéré, le traitement principal doit se diriger sur l'hémorragie.

IX. (CCXV.)

Les dangers, s'il en est, qui accompagnent l'avortement, sont indiqués par l'hémorragie, sa cause, son abondance, ses effets, l'état de la malade, la spontanéité de la perte et les douleurs qui l'accompagnent.

X. (CCXVI.)

Les symptômes n'ont point de rapport avec l'époque précise de la grossesse. L'époque n'a aucune influence sur la régularité des symptômes.

XI. (CCXVII.)

Les symptômes sont relatifs à la constitution particulière de la femme, à la solidité des adhérences de l'ovum avec l'utérus, et à la difficulté qui en résulte pour opérer son expulsion.

Hémorragie qui survient dans les derniers mois de la grossesse.

XII. (CCXVIII.)

Il n'est point de maladie qui attache à la conduite du médecin une aussi grande responsabilité que l'hémorragie utérine, qui exige plus de sang-froid, plus de présence d'esprit, des mesures plus promptes, plus décisives pour apporter du soulagement et sauver la vie de la mère et de l'enfant. C'est, de toutes les maladies, celle qui réclame le plus de vigilance et de jugement.

XIII. (CCXIX.)

Si, dans la plupart des cas, la nature n'est point aidée, il lui est impossible d'arrêter, d'une manière permanente, les progrès de l'hémorragie, quoique deux moyens très-précieux tendent à produire cet effet : la syncope et la disposition à la contraction musculaire.

XIV. (ccxx.)

Jamais l'hémorragie utérine ne doit être mortelle entre les mains d'un accoucheur appelé à temps.

XV. (ccxxi.)

Si l'attaque a été produite ou si elle est entretenue par un état pléthorique du système vasculaire, la saignée pratiquée de bonne heure est le seul moyen d'écarter le danger, et de conserver la vie de la mère et de l'enfant.

XVI. (ccxxii.)

Quand l'état de plénitude, ou l'activité morbide des vaisseaux, n'est pas évidemment la cause de l'hémorragie, il est important de modérer la circulation sans avoir recours à la saignée. On parvient à ce but par l'usage à l'intérieur de la digitale et du suracétate de plomb (1); l'eau froide pour boisson, et appliquée à l'extérieur. On ne doit point négliger non plus le repos dans une situation horizontale sur un matelas de crin; de renouveler souvent l'air, et de faire un fréquent usage des antiphlogistiques.

(1) Ces deux substances, et sur-tout la dernière, doivent être employées avec la plus grande circonspection.

XVII. (CCXXIII.)

Dans tous les cas où il n'y a pas de disposition à l'accouchement, l'opium est un remède propre à calmer l'irritation utérine, et dont on peut attendre les plus salutaires effets.

XVIII. (CCXXIV.)

L'eau, naturellement ou artificiellement froide, abondamment (1) injectée par l'anus, est aussi un remède très-efficace dans toutes les espèces de cette maladie.

XIX. (CCXXV.)

Les injections de fluides dans le vagin, avec l'intention de déterminer la formation d'un caillot, doivent produire l'effet contraire au but que l'on se propose.

XX. (CCXXVI.)

Mais l'introduction d'une éponge, d'un tampon de linge ou de substances semblables dans le vagin, favorise naturellement la formation d'un coagulum.

---

(1) Ne vaudrait-il pas mieux l'injecter en petite quantité et plus souvent? Un grand volume d'eau injectée peut, en distendant l'intestin, devenir cause d'excitation.

XXI. (CCXXVII.)

Cependant le tamponnement du vagin n'est utile seulement que dans les cas d'hémorragies récentes, lorsque l'orifice n'est point dilaté ni disposé à la dilatation, que les secours de l'art sont inadmissibles, et que l'on ne prévoit pas un accouchement prochain.

XXII. (CCXVIII.)

Une nourriture légère, consistant en gelées de viandes (1), sagou, biscuit, etc., suffit pour soutenir les forces sans avoir l'inconvénient d'exalter la sensibilité ou l'action vasculaire.

XXIII. (CCXXIX.)

Lorsque, vers le septième mois, une portion de la décidua se détache, et qu'il en résulte une évacuation abondante, il est extrêmement rare que l'on puisse supprimer entièrement la perte par d'autres moyens que (l'accouchement) et la délivrance.

---

(1) Au lieu de gelées de viandes, qui sont toujours stimulantes, ne vaudrait-il pas mieux prescrire les fécules de riz, de pommes de terre, d'arrow-root sucrées, et acidulées avec le suc de citron, de berberis, de groseilles ?

XXIV. (ccxxx.)

Les vaisseaux utérins qu'alimente le placenta étant beaucoup plus volumineux que ceux qui se rendent à la décidua (1), la séparation d'une portion de cette masse occasionne une hémorragie bien plus abondante et plus rapide, que quand il n'y a qu'une portion seulement de la décidua qui se trouve détachée.

Hémorragie occasionnée par l'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus.

XXV. (ccxxxi.)

L'implantation du placenta dans le voisinage ou sur l'orifice même de l'utérus est la cause la plus fréquente de l'hémorragie et des cas qui exigent l'accouchement artificiel.

XXVI. (ccxxxii.)

Si le placenta est greffé sur le col de l'utérus, l'hémorragie s'annonce lorsqu'il commence à se développer. La perte est plus abondante pendant la douleur et augmente avec elle.

XXVII. (ccxxxiii.)

Mais si le placenta est partiellement détaché des autres parois de l'utérus, l'hémorragie est abon-

(1) L'épichorion.

dante pendant l'absence des douleurs, et elle cesse lorsque l'utérus commence à se contracter.

XXVIII. (CCXXXIV.)

Il se forme quelquefois une espèce de cul-de-sac par l'effet du décollement central du placenta, tandis que ses bords restent complétement adhérens, et il reçoit une quantité assez considérable de sang pour devenir promptement fatal, quoique la perte soit peu apparente à l'extérieur (1).

XXIX. (CCXXXV.)

Le placenta, une fois greffé sur l'orifice, et détaché en partie dans les derniers temps de la grossesse, ne reprend jamais ses adhérences, ni ne permet point aux membranes de s'engager dans l'orifice pour en faciliter la dilatation.

XXX. (CCXXXVI.)

La cessation temporaire de l'hémorragie doit être invariablement suivie de fréquens retours de cet accident.

---

(1) Les aphorismes XXVIII et XXIX sont déplacés dans ce chapitre : ils auraient dû se trouver dans le chapitre précédent.

XXXI. (CCXXXVII.)

La gestation ne pouvant continuer sa marche, si l'on néglige d'opérer l'accouchement, l'enfant est perdu ainsi que la mère, qui succombe à une hémorragie excessive.

XXXII. (CCXXXVIII.)

Si le placenta est attaché centre pour centre à l'orifice (excepté cependant la région qui correspond au cordon), il faut perforer la substance de cette masse, au lieu de tenter d'en augmenter la séparation (1).

XXXIII. (CCXXXIX.)

Par ce moyen on parvient promptement à la partie que présente le fœtus, qu'il faut extraire lentement par les pieds (2).

---

(1) Nous n'avons pas besoin de faire remarquer en quoi ce précepte est défectueux; le mettre en pratique, c'est le moyen le plus sûr de déterminer l'accident qu'on voulait éviter, le décollement du placenta.

(2) Si l'enfant présente la tête, cas le plus ordinaire, ce n'est pas en perforant le placenta que l'on parviendra plus tôt aux pieds.

XXXIV. (CCXL.)

Le but que l'on doit se proposer en opérant l'accouchement dans ce cas, est d'exciter la faculté contractile de l'utérus, et de fournir un point de compression aux vaisseaux qui versent le sang. Mais l'utérus ne pourra point se contracter si l'on met trop de précipitation à extraire l'enfant.

XXXV. (CCXLI.)

Généralement il ne faut point tenter d'opérer l'accouchement dès l'invasion de l'hémorragie, sur-tout lorsque l'orifice externe offre de la résistance, quand l'utérus ne paraît point disposé à se contracter; à moins que la débilité constitutionnelle soit très-évidente, et l'effusion du sang rapide et abondante au point de mettre la vie en danger.

XXXVI. (CCXLII.)

L'accouchement est plus sûr et moins douloureux pour la mère lorsqu'il y a tendance au spasme de l'utérus, et que son orifice a éprouvé les changemens propres à le rendre dilatable.

XXXVII. (CCXLIII.)

Si le placenta est expulsé le premier, l'hémorragie continue jusqu'à ce que la femme soit accouchée.

Hémorragie avant et pendant le travail.

XXXVIII. (CCXLIV.)

L'hémorragie occasionnée par le décollement partiel du placenta, greffé ailleurs que sur l'orifice de l'utérus, exige la rupture des membranes pour déterminer la contraction nécessaire de l'organe (1).

XXXIX. (CCXLV.)

L'évacuation de l'eau de l'amnios serait inefficace pour supprimer l'hémorragie active, si l'on ne préparait promptement les parties à l'accouchement artificiel (2).

XL. (CCXLVI.)

Si l'hémorragie est immodérée et qu'elle dure depuis long-temps, les forces s'épuisent ; le froid du corps devient général. S'il y a disposition à la syncope, le teint pâlit, le pouls est faible. Cet état exige l'application de fomentations chaudes sur la région de l'estomac, sur les mains, les pieds, ainsi que l'emploi des autres stimulans, pour

(1) Voyez à ce sujet la page 58 du mémoire.

(2) On ferait beaucoup mieux de préparer les parties à l'accouchement artificiel avant de rompre les membranes.

donner au système l'énergie dont il peut être encore susceptible.

XLI. (CCXLVII.)

Mais si, par un excès de réplétion, l'action générale est portée à un trop haut degré de force, elle dispose la malade à une hémorragie consécutive.

XLII. (CCXLVIII.)

L'hémorragie est arrêtée quand la circulation affaiblie ne peut plus vaincre la résistance que lui oppose le coagulum.

Hémorragie après l'accouchement.

XLIII.

Un usage fort commun, et très-dangereux, est celui de donner des stimulans pendant la durée d'un travail languissant. Ils déterminent la plupart des symptômes fébriles et inflammatoires qui surviennent après l'accouchement. Au moins est-il peu de femmes chez lesquelles on a excité le travail par des boissons, telles que le vin et l'eau-de-vie, qui n'aient éprouvé une hémorragie alarmante.

XLIV.

La rupture prématurée des membranes est ordinairement la cause de la fréquente présentation du cordon ombilical, de la mort du fœtus et de la rétention du placenta.

XLV.

Le temps qui se passe entre la naissance de l'enfant et l'expulsion du placenta est destiné à rétablir le calme dans tout le système. On doit profiter de ce moment de repos pour renouveler l'air de l'appartement de l'accouchée; si elle est évidemment affaiblie, et que l'utérus soit sans action, on peut administrer des alimens doux et légers.

XLVI.

On exerce une compression sur les parois de l'abdomen avec l'une ou les deux mains, afin d'exciter la contraction utérine et l'éjection plus facile du placenta. Par ce moyen, on remédie en même temps à l'état d'inanition qui résulte de la déplétion soudaine des parois abdominales.

XLVII.

Quand le placenta est descendu dans le vagin, soit par l'action de l'utérus, soit par le secours manuel, on doit l'y laisser, et attendre qu'il soit expulsé par les douleurs (1). Par ce moyen, l'irri-

(1) Les contractions de l'utérus ne sauraient exercer aucune influence sur le placenta qui est hors de sa cavité. Ce sont les muscles de l'abdomen, sympathiquement affectés, ceux du périnée, qui se contractent et opèrent l'expulsion du placenta : son séjour dans le vagin détermine plutôt qu'il n'empêche l'hémorragie interne.

tation constitutionnelle diminue, et l'utérus a le temps de se contracter régulièrement; on prévient ainsi les dangers d'une hémorragie.

XLVIII.

La rétention du placenta rarement a lieu à la suite d'un travail bien dirigé : cet accident est l'effet de secours officieux et intempestifs.

XLIX.

S'il ne se détache promptement, n'en confiez pas l'expulsion aux efforts de la nature; car il n'y a point de règles qui puissent déterminer sa séparation finale.

L.

Sur les probabilités du décollement du placenta ne vous exposez pas, par des tractions opiniâtres sur le cordon, à renverser l'utérus.

LI.

Lorsqu'il n'y a point d'hémorragie, trop d'empressement à opérer la délivrance immédiatement après la sortie de l'enfant, ne peut qu'être suivi d'accidens fâcheux.

LII.

Cependant, lorsqu'il s'est écoulé une heure, il est permis, selon les circonstances excitantes, de

tenter l'extraction manuelle : car si l'on attend plus long-temps, sur-tout après un travail long et difficile, les parties irritées s'enflamment et se resserrent.

LIII.

Le décollement partiel du placenta et l'hémorragie qui s'ensuit sont les conséquences d'un délai illimité. La femme agitée, inquiète, est dans une anxiété qui entretient l'irritation utérine.

LIV.

Si l'irritation produite par l'introduction de la main n'excite pas une contraction spontanée et assez forte pour expulser le placenta, il faut procéder, avec ménagement et précaution, au décollement de cette masse.

LV.

Les contractions irrégulières et partielles de l'utérus varient dans la direction qu'elles affectent : la plus commune est la longitudinale; toutes les parois de l'utérus, excepté le fond, sont en contact.

LVI.

Le placenta est encore retenu par une contraction transversale ou circulaire du corps de l'utérus, de manière à former deux cavités sur la longueur de l'organe.

LVII.

On détruit ce resserrement spasmodique de l'utérus en persistant à le dilater graduellement avec la main introduite sous forme conique jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans la cavité supérieure. On fait en même temps des compressions sur la région utérine, on y fait des applications froides, et l'on a recours aux opiacés à l'intérieur.

LVIII. (CCXLIX.)

Après l'expulsion du fœtus l'hémorragie est occasionnée par le décollement partiel du placenta. L'introduction de la main dans l'utérus produit peu d'effet pour provoquer la contraction et arrêter l'hémorragie, si l'on ne procède pas sur-le-champ à séparer artificiellement la totalité du placenta et à l'extraire (1).

LIX. CCL.

Car il faut que l'utérus se contracte fortement pour expulser ce qu'il contient avant que sa cavité soit fermée, et que la dimension de ses vaisseaux soit diminuée.

---

(1) Voyez la page 149 et suivantes du mémoire.

LX. (CCLI.)

Mais si la perte de sang a été considérable, le danger est imminent; et s'il survient une syncope, il faut laisser le placenta et employer les moyens les plus prudens pour ranimer la malade.

LXI. (CCLII.)

Car, quoique la délivrance de la malade soit le moyen le moins douteux de remédier à l'hémorragie actuelle, elle ne peut changer les effets de celle qui aurait cessé; mais en augmentant la débilité elle accélère inévitablement l'issue funeste de ce cas.

Hémorragie après la délivrance.

LXII. (CCLIII.)

Dans tous les cas d'hémorragie immodérée qui surviennent à cette époque de l'accouchement, il est important de s'assurer, par l'examen manuel, si l'utérus est ou n'est pas renversé.

LXIII. (CDXLIV.)

L'hémorragie, après la sortie du placenta, étant occasionnée par la torpeur ou l'inactivité atonique des fibres utérines, le resserrement de ses parois ne saurait s'opérer.

LXIV. (CCLV.)

Les défaillances qui s'annoncent dans ce cas, indiquent particulièrement un défaut d'excitation dans le système utérin, ce viscère étant dans un état de flaccidité à cause de son inerte insensibilité.

LXV. (CCLVI.)

Dans tous ces cas, la compression continue sur les parois abdominales avec les mains, que l'on a trempées dans un liquide froid, est le moyen le plus certainement efficace.

LXVI. (CCLVII.)

Il faudrait en même temps appliquer un linge sur les parties externes (pour opposer une digue à l'écoulement extérieur du sang), et déterminer la formation d'un caillot.

LXVII. (CCLVIII.)

L'admission libre de l'air frais et la situation horizontale sont absolument nécessaires ; mais l'aspersion de l'eau froide sur la face est, de tous les cordiaux, le plus décisif et le plus efficace.

LXVIII. (CCLIX.)

La douleur, à un certain degré, étant nécessaire pour la contraction de l'utérus (1), on ne peut donner l'opium à grandes doses avec sécurité.

LXIX. (CCLX.)

Mais l'opium est nécessaire dans les cas qui sont accompagnés de contractions irrégulières et spasmodiques, lorsqu'on se propose de calmer les douleurs excessives.

---

(1) La douleur n'est que l'effet de la contraction; elle ne se fait sentir que quand l'orifice s'oppose aux efforts que fait l'utérus pour expulser les corps contenus dans sa cavité. Il est des femmes qui accouchent sans douleurs; chez la plupart de celles qui sont mères pour la première fois, l'utérus, après la délivrance, se contracte sans douleur; elles ne se plaignent point de tranchées; si la douleur était inhérente au resserrement de l'utérus, sa contraction permanente ne serait, pour la femme non enceinte, qu'un état continuel de souffrance.

FIN DES APHORISMES.

TABLE DES MATIÈRES.

DÉDICACE. Page 3

RAPPORT de la Société de Médecine. 5

INTRODUCTION. 9

PREMIÈRE PARTIE.

CHAP. Ier. De l'utérus dans l'état de parfaite vacuité. 17

CHAP. II. Des menstrues. 24

CHAP. III. Des changemens que l'utérus et ses annexes éprouvent pendant la grossesse. 27

CHAP. IV. De la nutrition du fœtus. 33

CHAP. V. Des changemens que l'utérus éprouve pendant et après le travail de l'accouchement. 37

CHAP. VI. Considérations générales sur les hémorragies utérines. 42

SECTION Ire. De l'hémorragie utérine active. 44

SECTION II. Hémorragie utérine passive. 45

SECTION III. Hémorragie utérine spasmodique. 46

SECTION IV. Causes prochaines des hémorragies utérines. Ménorrhagie. *ibid.*

SECTION V. Hémorragie dans l'état de grossesse. *ibid.*

CHAP. VII. Traitement général des hémorragies utérines de la grossesse. Page 49

Section Ire. Traitement général de l'hémorragie active dans les six premiers mois de la grossesse. 50

Section II. Traitement général de l'hémorragie passive des six premiers mois de la grossesse. 52

Section III. Traitement des hémorragies spasmodiques. 53

Section IV. Traitement général des hémorragies utérines qui s'annoncent du septième au huitième mois de la grossesse. *ibid.*

Traitement de l'hémorragie causée par la présence du placenta sur l'orifice de l'utérus. 54

Traitement de l'hémorragie utérine occasionnée par le décollement du placenta situé dans les régions du corps de l'utérus. 58

Section V. De l'hémorragie utérine pendant le travail de l'accouchement à terme. 64

SECONDE PARTIE.

CHAP. Ier. Des hémorragies internes de l'utérus. 67

Des hémorragies utérines internes indépendantes de la grossesse. 68

Section Ire. Hémorragie utérine interne par oblitération permanente des parties génitales. 69

Observations sur la rétention des menstrues causée par l'oblitération des parois du vagin. 71 et 72

Observations sur la rétention du sang mensuel occasionnée par l'imperforation ou l'oblitération de la membrane hymen.-Première observation. Page 73

Seconde observation. *ibid.*

Troisième *id.* 74

Quatrième *id.* 75

Cinquième *id.* *ibid.*

Sixième *id.* *ibid.*

Septième *id.* 76

Huitième *id.* 77

Neuvième *id.* *ibid.*

Dixième *id.* 78

Réflexions à ce sujet. 80

Section II. De l'hémorragie utérine interne indépendante de la grossesse occasionnée par l'oblitération temporaire de l'utérus. 82

Observations à ce sujet. 83

CHAP. II. Section Ire. De l'hémorragie utérine interne ou consécutive de la grossesse. 88

Section II. Diagnostic de l'hémorragie utérine interne dans l'état de grossesse. 97

Section III. Traitement de l'hémorragie utérine interne pendant la grossesse. 98

Première observation à ce sujet. 99

Seconde *id.* 100

Troisième *id.* 102

CHAP. III. De l'hémorragie utérine interne pendant le travail de l'accouchement. Page 106

Ses causes et ses signes. 107

Son traitement. 108

CHAP. IV. De l'hémorragie utérine interne occasionnée par la rupture du cordon ombilical. 112

Signes de cette espèce d'hémorragie. 113

Première observation à ce sujet, suivie de réflexions. 114

Seconde *id.* 116

Troisième *id.* 120

CHAP. V. De l'hémorragie interne utéro-abdominale occasionnée par le travail de l'accouchement. 126

CHAP. VI. Hémorragie interne abdominale occasionnée par la grossesse extra-utérine. 128

CHAP. VII. De l'hémorragie interne abdominale occasionnée par le travail de l'accouchement. 130

CHAP. VIII. De l'hémorragie interne qui survient pendant le travail de l'accouchement, généralement désignée sous le nom de *tumeurs variqueuses*. 136

Première observation à ce sujet. 138

Seconde *id.* *ibid.*

Troisième *id.* 139

Quatrième *id.* 140

Cinquième *id.* 141

Sixième *id.* *ibid.*

Traitement de ces sortes de cas. 143

Observations sur les dangers de la compression des membres inférieurs affectés de varices. Page 143
CHAP. IX. De l'hémorragie utérine interne après l'accouchement. 145
Hémorragie interne occasionnée par la rétention du placenta. 150
Rétention du placenta à cause de son volume. 151
Rétention du placenta à cause de la contraction spasmodique de l'orifice de l'utérus. *ibid.*
Rétention du placenta à cause de la contraction irrégulière de l'utérus. 152
Rétention du placenta à cause de ses adhérences avec l'utérus. 153
De l'hémorragie interne occasionnée par l'inertie de l'utérus ou l'inexpulsion du placenta. 156
CHAP. X. De l'hémorragie utérine interne après la délivrance. 163

Aphorismes d'*Andrew Blake*, sur les hémorragies utérines. 167
— Dans les cas d'avortement. *ibid.*
— Dans les derniers mois de la grossesse. 170
— Dans les cas d'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus. 174
— Hémorragie avant et pendant le travail. 178
— Hémorragie après l'accouchement. 179
— Hémorragie après la délivrance. 184

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Imprimerie de Madame HUZARD (née Vallat la Chapelle).
1819.